الدكتور مهند أحمد حلوش

اقتصاديّات الصحّة






تقديم:
دولة د. عبد الرؤوف الروابدة

Health Economics




منتدى إقراء الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com
للكتب (كوردى , عربي , فارسي)

اقتصاديّاتُ
الصحّة

الدكتور مهند أحمد حلوش

اقتصاديّات الصحّة

تقديم:

دولة د. عبد الرؤوف الروابدة

Health Economics



الطبعة الأولى

2004



دار رؤى

للنشر والتوزيع

العبدلي-شارع الملك الحسين-مقابل عمارة جوهرة القدس-عمارة الددو

تلفاكس ٥٦٧٦٧٧٤ - ص.ب(٩٢٨٢٧٠) الرمز البريدي (١١١٩٠)

E-mail-ruaapub@yahoo.com

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

٢٠٠٣/٢/٣٥٠

٣٠٨,٤٧٣٦٢١

حلل حلوش ، مهند

الوجيز في إقتصاديات الصحة/مهند حلوش.ـ عمان:

المؤلف ، ٢٠٠٣

(   )ص.

ر.إ. :٢٠٠٣/٢/٣٥٠

الواصفات:/الإقتصاد الصحي//الصحة//التكاليف الصحية/

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

المحتويات

الباب الأول
العلوم الإقتصادية والادارية العامة

الفصل الأول
العلوم الاقتصادية

الفصل الثاني
نظريات وتحليل الاقتصاد الصحي الجزئي

الفصل الثالث

سوق العمل الصحي

الفصل الرابع

الانتاج

الفصل الخامس

التكاليف ونظريات تحليل الاقتصاد الجزئي الصحي

الفصل السادس

اخلاقيات العمل بالمهن والخدمات الصحية

الباب الثاني
علم الاقتصاد الصحي

الفصل السابع
اقتصاديات الصحة وتعريفها

الفصل الثامن
دراسية ميدانية للوضع الصحي في الأردن

الفصل التاسع
دراسية مقارنة محلية وعربية ودولية

الفصل العاشر
العناصر المؤثرة على شراء التأمينات الصحية

الفصل الحادي عشر
التعريف ببعض المصطلحات الاقتصادية

الملاحق

تقديم

أشكر للأخ الدكتور مهنّد أحمد حلّوش مبادرته لطرح هذا الموضوع المهم فـي مـرحلة الـتحول الاقتصـادي في الأردن الذي يحتاج لدراسات جادة وموضوعية، فقد أصبحت الصحة والتعليم من الخدمات الأساسية التي يجب ضـمان تقديمهمـا لكـل فـئات المجتمع، إلا أن تكاليفهما قد بدأت بالتزايد المتسـارع الـذي تعجز عنه موازنات الدول الغنية، فما بالك بالدول النامية وخاصـة أن التخطـيط لتوسـيع هذه الخدمات وتطويرها ما زال عشوائيا يخضـع للمطلـبة ومقاييس النخب التي يغريها استيراد التجارب دون النظر للواقع والانطلاق منه .

إن دراسـة الاقتصاديات الصحية أصبحت ضرورة وطنية تستهلك قسما كبـيرا مـن موازنات الدول والأسر، واصبح من الضرورة بمكان التخطيط العلمي المدروس للتطوير الصحي الذي يكفل التوسع في الخدمات والارتقاء بنوعيتها،فـي إطـار مـن وضـوح الـرؤية في كلفتها الحالية والمستقبلية وجدواها الاقتصادية والاإجتماعية .

إنني أعتقد أن هذه الدراسة الجادّة هي بداية فعلية لإعادة النظر في الخطط الصـحية على ضوء اقتصادياتها والتوقف عن عملية التوسع العشوائي الذي يسـتجيب للمطلبية بدلا من الحاجة الفعلية ، فالاستثمار الصحي أصبح عالي التكالـيف يسـتنزف ميزانيات الأسر والمؤسسات الحكومية والخاصة، وغدا بالتالـي من الضرورة بمكان وضع استراتيجية صحية لعدد من السنين مبنيّة على دراسات واقعية للحاجة والكلفة والجدوى والبدائل والأولويات .

يســـتحق الأخ الدكتور مهنّد حلوش كلّ التهنئة والتقدير على الجهد الكبير المــبذول فـــي إعــداد هـــذه الدراســـة وجمع إحصائياتها وربط معلوماتها وتحليلها، وارجوان تكون إضافة حقيقية ونوعية للمكتبة الصحية الوطنية وان تعتمدها المؤسسات الصحية والجامعات مرعا في الدراسجات والتخطيط.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

دولة أ.د.. عبد الرؤوف الروابدة

رئيس وزراء سابق

وزير صحة أسبق

المقدمة

منذ فجر التاريخ وتكوّن المجتمعات وترابطها وبدء التحضّر والتطوّر الاجتماعي، برز العديد من الحاجات الأساسية وغير الأساسية لضمان بقاء حياة الإنسان واستمرارها وسدّ احتياجاته المتزايدة نتيجة لتحضّره وتطور فكره٠فبدأ الاهتمام منذ القدم بالعلوم عامة والعلوم الاقتصادية خاصة،ويعود ذلك إلى عصور ما قبل التاريخ، وما يهمنا – هنا – هوموضوع الدراسة ألا وهوالعلوم التجارية والاقتصادية، وتحديدا اقتصاديات الصحة ؛ فقد بدأ الاهتمام بها منذ قبل أكثر من سبعة آلاف سنة تقريبا ٠ فقد درستها الحضارات القديمة وعنيت بها، ظهر ذلك جليّا من خلال الكتابات الأثرية القديمة للحضارات السامية والفرعونية والصينية والهندية والعربية الإسلامية وغيرها فيما بعد.

ونظرا لازدياد الطلب على الاحتياجات الحياتية اليومية الكثيرة وما رافقها من تقدم في العلوم بفرعيها، الطبيعية والاجتماعية فقد، لوحظ، وقبل نصف قرن مضى تقريبا، أي منذ مطلع الخمسينيات من القرن الماضي أن علم الاقتصاد بدأ بالتطور والتحديث معتمدا على الكثير من المؤلّفات التي صدرت مثل كتاب ثروة الأمم للمفكر الاقتصادي كينز، المعروف بأبي الاقتصاد الحديث، الذي صدر عام ١٧٧٦م مدعما للحرية الاقتصادية والسياسية، وعمليات بناء الثروة فكل تلك العوامل قد أدت بالتالي إلى ظهور الأسواق الحرة وبروزها إلى بناء الأنظمة الاقتصادية والمالية الحديثة، كعلم الاقتصاد السياسي الذي باشر بناء أهم نظرياته المفكر الاقتصادي كارل ماركس من خلال مؤلفاته وكتبه العديدة، التي كان أبرزها في هذا المجال كتاب رأس

المـــال (١٨٦٧م)، وتـــلاه المفكّـــر الاقتصادي فريدريك إنجلز، المعروف بمؤلّفاته ونظرياته العامة حول عمليات التوظيف الأمثل للأموال وفوائدها في العـــام ١٩٣٦م، والتـــي أدت جمـــيعها بالمحصلة الى ظهور علم الاقتصاد الحديـــث، الذي اعتمد في بنائه على علم الاقتصاد التقليدي أوالكلاسيكي منذ مطلع الثلاثينيات من القرن العشرين، الذي يهدف للوصول الى حالة الرخاء الاقتصادي والرفاه المعيشي للإنسانية، أوكما يسميه بعض الاقتصاديين "بملكة العلوم". ولتوضيح ذلك يمكن تقسيمها لفرعين اثنين هما:

الأول: العلـــوم الطبيعـــية، وهـــي نابعـــة من قوانين الطبيعة كعلوم الفيزياء والكيمياء وغيرها من العلوم البحتة، المسماة ب (العلوم الطبيعية)، وتبحث هـــذه فـــي عناصـــرها ومكوناتها، وغالبا ما تكون محددة بقوانين ونظريات علمية، وتسمى بمعلومات المنظومة الحضارية .

الثانـــي : العلـــوم الاجتماعية، وهي نابعة من السلوك الانساني، أي (سلوك الجماعـــات) كـــالعلوم الإنسانية والاقتصادية والسياسية والآجتماعية، وهذه تخـــص مـــنظومة الشعوب الثقافية والاجتماعية من عادات وتقاليد واعراف ونجـــد أنـــه من الصعب فصلها عن بعضها لأن نتائجها مترابطة ومتداخلة ومعتمدة على بعضها بعضا. وما يهمنا هنا هوالبحث في العلوم الاقتصادية، وتحديـــدا اقتصاديات الصحة بوجه عام، وفي الأردن والمنطقة بوجه خاص مع إجراء الدراسات المقارنة والإيضاحات اللازمة حولها .(م ٢١) .

ســـيرد ذلـــك كله من خلال التسلسل المنطقي والتحليلي حسب النظريات الاقتصـــادية، قديمهـــا و حديثها، وبحث مسارات الحماية والتعليل و توضيح

مفاهيم عديدة، من ضمنها مفهوم التأمينات الصحية والتعديلات والاقتراحات عليها وعلى التشريعات الصحية وغيرها من المفاهيم اللازمة والضرورية.

أما فيما يتصل بهذه الدراسة، فقد جهد الباحث في تحديد أطر المشكلة التي أجريت هذه الدراسة من اجلها و تحديد أهميتها، والجهود التي بذلت في هذا المجـال، مـن دراسات وابحاث سابقة، فقد عمد الباحث إلى إدخال مميزات تجعـل الدراسـة تتصـف بشيء من التفرد، كتوضيح مجال المشكلة حول اقتصـاديات الصحة في الأردن مقارنة مع بعض الأنظمة الأخرى، ذلك من خلال استحداث فرضية جديدة ومناقشتها، هي فرضية الإحلال الفعّال للكلفة والمنفعة والإبدال، والتعديلات للكلف المتغيرة والحدية والاشتقاقات الرياضية والتطبيقـية، مـع بـيان آثارها السلبية أوالإيجابية في سوق العمل الصحي وتفعـيل الكلفة والمنفعة وادوات قياسها، والحد من هدر الإمكانات، وزيادة العوائـد، وتصـويب الأوضاع. وقد استعملت أدوات ووسائل قياس مساعدة كالإستبانة بشقيها، التطبيقي والمعلوماتي، والمقابلات، مع مناقشة نتائجها من خـلال الدراسة وتحديد الاتجاهات الحديثة قدر الإمكان، هذا وقد تمّ استخدام العديـد مـن القوانين والمعادلات الرياضية واشتقاقاتها ورصدها، التي من الممكـن أن تخـدم الدراسة، لكن دون ان تقدم الأمثلة المحاسبية بالأرقام، توخيا للاختصار وعدم الإطالة والتكرار. إلا أن الباحث يعترف بوجود العديد مـن الملاحظات، والتي قد يعدّها البعض سلبيات، ويعتذر عنها بطول المدة الزمنـية التـي تخطّـت السنوات الخمس التي استغرقت في الإعداد وجمع البـيانات اللازمـة، وعملية إعداد الاستبانة واختبارها وتوزيعها وتفريغها، ومحاولـة استخراج النتائج منها بالشكل الرياضي، وادراج بعض المعادلات

الرياضية التي قد يمكن استخدامها في التحليل، والتي استخدمها الباحث بشكل مقتضـــب جدا، وقد دلّل على ذلك بالنتائج واجراء بعض التطبيقات أو حتى لقفــز للنتائج أوتقطّع بعض الموضوعات، وهذا في حقيقة الأمر ليس تقطعا كما يفهمه البعض بل إيجازا وليس ضعفا في قوة الترابط . ولم يدرج الباحث أســماء المراجع في تذييل الصفحات، فوضع ارقامها نهاية الفقرات، واكتفى بــإدراج اسمائها في نهاية الدراسة، لاعتبارات فنية بحتة، ويعتذر أيضا عن عــدم ورود الروســومات التوضــيحية والمنحنيات وعن بعض الملاحظات الاخرى ، وقد يلاحظ القارئ عند مطالعة الدراسة بعضا منها .

ولتوضيح أهمية موضوع الدراسة وبيانها والتوصل الى الحلول المقترحة الجديدة والانعكاسات العلمية للتطوير ومحاولة خفض النفقات وايجاد الموارد المالــية لتغطية الكلف المادية وتحسينها، بالإضافة الى توضيح مدى النقص الــناجم عــن عــدم القــياس والتركيز على جوانب الضعف ومحاولة رفع مســتويات الأداء والممارســة، وتوضــيح أساليب وطرائق الكفاية والكفاءة وابــراز أهمــية دور التدربـــب والتطوير والتحديث ، مع عدم إغفال جهود الباحثين والدارسين السابقة وبحث جوانب النقص أوالقصور ومعالجة العيوب في النظريات السابقة وتغطية ما أغفله الآخرين من جوانب في غاية الأهمية.

ولتوضــيح أســباب اختيار الباحث لموضوع الدراسة أوالمشكلة وتحديد المســوغات المقنعة بجدوى الدراسة وتحديدها، ومواقع ظهورها ، أهي من خــلال الخــبرة العملــية ؟ أم من خلال الملاحظة، سواء المباشرة أوغير المباشرة ؟ وبيان مدى إمكانية الاستفادة من البحث، بمعنى توضيح مفــهوم

(الفائدة لمقدمي الخدمات الصحية وانعكاساتها سواء الإيجابية منها او السلبية على المتلقي) .

تحديـــد المـــنطلقات الـــنظرية والفكرية (الفكر الاقتصادي) وتوضيحها، والأبعـــاد والأهمية والمسوغات المتعلقة بكيفية صياغة الفرضية (المشكلة)، بســؤال أو اســئلة أوجملة عادية، مع وضع الحدود الإضافية المتعلقة ببعض جوانـــب المشكلة ومجالاتها، بهدف تحديد الفرض الرئيس، واقتصار حدودها على مزودي الخدمة الصحية وتحقيق رضا المستهلك عن الخدمة، والخبرات والكفـــاءة والتطوير، للتركيز على توفير الجهد والوقت والمال، مع توضيح الأســـباب. ويلـــي ذلـــك وضع الافتراضات كأساس للبحث دون الحاجةالى تسويغها واثباتها، لأنها مجموعة حقائق أوبديهيات، مثل كيفية تحسين الأداء، ورفـــع الكفاءة والتدريب أواخذ نتائج الدراسات العلمية السابقة، شريطة أن تكـــون الفرضـــية لا تخالف الحقائق العلمية والعقلية الثابتة التي تبنى عليها الاســـتنتاجات (سلبية كانت أوايجابية، مباشرة أوغير مباشرة(صفرية)... لا أثر لها) .

هـــذا بالإضـــافة لكفـــاءة العاملين و خبراتهم في القطاع الصحي وكفاءة الممارسة والتقويم والتقييم والعلاقات الإحصائية بين المتغيرات واثبات صحة الفرضيات على نحو مباشر كما في فرضيات ونظريات ال :

(Null Hypotheses , & Direction Hypotheses).

ومـــن ثم يتم تحديد واجراءات الدراسة من خلال تحديد مجتمع الدراسة، الأدوات والمقايـــيس المســـتخدمة لتحقـــيق الأهـــداف المأمولـــة، والطرائق

والأســاليب المســتخدمة (كالمــنهج التجريبــي و/ أوالوصفي)، وتوضيح الأساليب الاحصائية المستخدمة في التحليل الاقتصادي ؛ بتحليل المصطلحات والــتعريف ببعض المفاهيم المرتبطة بالدراسة وتحديد المعنى الإصطلاحي لهــا، ومن ثم إدراج قائمة المصادر والمراجع العلمية التي اعتمدها الباحث ولها علاقة ببحثه .

ولا يسعني هنا إلا أن أتقدم بوافر الشكر والتقدير من دولة الأستاذ الدكتور عبد الرؤوف باشا الروابدة على تقديمه للوجيز في اقتصاديات الصحة بكلماته المنــتقاة الموضــوعية والمعَــبرة، بلغة اقتصادية هي نتاج خبراته الواسعة والشــاملة المتعمقة، وبأسلوبه السهل الممتنع، وهذا ليس بغريب على معلّمنا واستاذنا الكبير دولة ابي عصام .

واخــص أيضاً بالشكر والتقدير الأساتذة الأحباء، استاذي القدير الدكتور عبد الخرابشة، والأستاذ الدكتور أحمد فراس العوران في الجامعة الأردنية – كلــية الاقتصــاد والعلــوم الإدارية - الذين قدما كل ما هوممكن من الدعم المعنوي والعلمي وبعض الملاحظات العلمية الدقيقة والإرشادية القيّمة .

واخــص كذلــك بالشكر زوجتي السيدة لمياء التي وفرت لي كل وسائل الــراحة والأجــواء المناســبة للعمل المتواصل، ولما قدمته من مساعدة في التلخــيص والترجمة للكثير من المراجع والدوريات. واتوجه كذلك بالشكر للأخوة والأخوات والأصدقاء : الأستاذ المستشار عطوفة الأمين العام الدكتور ســعد الخرابشــة، والدكتور بشير القصير، لما قدموه من جهود متميزة في الدعم والتشجيع وتوفير التقنيات الحديثة التي ساهمت في إخراج هذه الدراسة

إلـــى حـــيّز الوجـــود. واقدم شكرا خاصا للآنسة دانه غسان جابر، مبرمجة الحاســوب، لجهودهـــا ولمساعداتها الدعوبة والمتواصلة في طباعة وتنسيق الدراسة. (واشكر كل من ساهم وساعد في إنجاز هذا الجهد فجزاهم الله عنا كل خير، والله ولي التوفيق .

المؤلّف

الباب الأول

العلوم الاقتصادية والادارية العامة

الفصل الأول: العلوم الاقتصادية

الفصل الثاني: نظريات وتحليل الاقتصاد الصحي الجزئي

الفصل الثالث: سوق العمل الصحي

الفصل الرابع: الانقسامة

الفصل الخامس:التكاليف ونظريات تحليل الاقتصاد الجزئي والصحي

الفصل السادس: اخلاقيات العمل المهني والخدمات الصحية

الفصل الأول

العلوم الاقتصادية

تنقسم العلوم الاقتصادية قسمين هما : -

الأول : الاقتصاد التقريري (Positive Economics) أو الواقعي-الإيجابي، الذي يعنى ما يجب أن يكون، ويركز على المفاهيم والمبادئ الاقتصادية أكثر من التطبيق، أي بحث النظريات الاقتصادية نظريا بالتفصيل، وتوضيح أبرز المفاهـيم والمـبادئ النظرية للعلوم الاقتصادية وإداراتها العامة والخاصة وتشعباتها وتشابكها مع العلوم الأخرى .

الثانـي : الاقتصـاد المعـياري (Normative Economics) ويعنى بنقد الواقـع وتقيـيمه وطـرح الحلـول الـبديلة للمسألة الاقتصادية (المشكلات الاقتصـادية) المـتعامل معهـا، للوصول إلى نتائج أكثر واقعية ومعيارية. فهويقدم المعلومات فقط، ولا يعكس ذلك عدالة لتوزيع الدخل والخدمات .

فقـد كـان الـتعامل في البداية بعمليات المقايضة للسلع والخدمات، حتى ظهـرت العملات النقدية، وبدأ التطور الاقتصادي والتداولات التجارية تأخذ أشكالا متعددة، فأصبحت تخضع لمجموعة من القوانين والأنظمة لضبط هذه التداولات، فبدأت فكرة التعاون وتبادل المنافع بالتبلور والتطور، لجعل الحياة أكثر يسرا وسهولة .

ونظـرا لكثرة الطلب على العديد من السلع والخدمات، ولأن أغلبها نادر الوجود وضروري لخدمة الإنسان، فقد برزت عبارة الندرة النسبية، فمن هذه

السلع والخدمات ما هو اساسي مثل المأكل والمسكن والملبس و خلافة، ومنها ما هو غير أساسي، كالسلع الثانوية والتكميلية والكمالية، التي تؤدي الى احترام الذات واشباع الرغبات، فبتطور الإنسان وتحضره، نلاحظ ازدياد احتياجاته واختراعاته وتطور علومه وتصانيفها وتعقيدات التبادلات التجارية والاقتصادية بفروعها واستقلاليتها بوصفها علوما متفردة لها مفكّروها ومنظّروها .

وبناء على ما تقدم يجدر تعرف أسباب ظهور علم الاقتصاد وتعريفة، اذ يلاحظ أن السبب الرئيس يكمن في إيجاد الحلول لما يسمى بالمشكلة الاقتصادية (م ٤) .

تعريف علم الاقتصاد :-

يعرّفه الغربيون في أوروبا باشكال عدة من التعاريف العلمية والإجتماعية ويلخص المؤلّف هذه التعاريف على النحو الآتي :

"الاقتصاد "هو ذلك العلم الذي يدرس سلوك الإنسان المتعلق باستعمالات الموارد الاقتصادية النادرة نسبيا، و ذات الاستعمالات المتعددة من أجل إشباع الحاجات والرغبات الإنسانية المتزايدة يوما بعد يوم وعلى مر الزمن" ٠

هذا التعريف المختصر يحدد أسس علم الاقتصاد، ويحدد أطر المشكلة الاقتصادية - التي لم يتم الفصل بينها وبين علم الاقتصاد إلا حديثا - هذا وقد عرّف القدماء كالإغريق والمصريين القدماء (الفراعنة) الاقتصاد أيضا (م ٣) ... على أنه هو العلم الذي يدرس حالة الندرة النسبية للحاجات

الإنسانية، من سلع و خدمات وما يترتب عليها من مشكلات كانت قد أدت في الماضي الى الحروب والنزاعات، سواء العسكرية أوالسياسية أوالتجارية (الاقتصادية)؛ ولتعرف أبرز مهام وسمات الاقتصاد بوصفه علما فهويعرّف بأنه علم وصفّي وتحليليّ، مفسّر وموضّح للظواهر والعلاقات والروابط ومعاملات الارتباط. (م ٣)

بالاضافة الى ارتباطه بالعلوم الأخرى؛ فهويفسّر سلوكيات الإنتاج كمياته (حجمه) وتوظيف الأموال والأسعار والتسعير والسياسات السعرية، لتضييق الفجوات الاقتصادية مع محاولة إمكانية السيطرة والتحكم والتطوير، من خلال إيجاد النظريات والأنظمة والتشريعات للاستفادة من ندرة موارد الإنتاج واستعمالات البدائل لتفادي أية تعقيدات سلوكية إنسانية وحياتية معيشية. كلّ ذلك يعتمد على أهمية التخصص والتخصيص وعدم إطلاق العموميات، وبالتأكيد فإن مهمة الاقتصاديين تكمن في توضيح وبيان كيفية حلّ هذه التعقيدات، خصوصا مهام رجال الأعمال والمستهلكين والمستثمرين، من حيث سلوكهم وطريقة تفكيرهم، وليس بالضرورة استعمال لغة التعامل نفسها أوالطريقة نفسها، ولكن يمكن اعتماد منهجية عمل مؤطّرة متضمّنة أساليب ونظم التحليل الاقتصادي الضرورية واللازمة، مع مراعاة تجنب المحاذير الخطرة لتفادي الوقوع في الخطأ وتجنّب العقبات التي قد تعيق تقدّم مسيرة النماء الاقتصادي لأية أمة .

إن بروز المشكلة الاقتصادية وتطورها أدى إلى إعادة النظر فيها ودراستها، لتحديدها بدقة أكثر وفصلها عن العلوم الاقتصادية وذلك لسببين هما:

الأول : كيفـــية اســـتخدام الموارد الاقتصادية وتوظيفها لندرتها النسبية، ومحاولـــة إيجاد الاستعمالات البديلة والمكملة لها فالتوظيف الكامل للموارد الاقتصادية يجب أن يأخذ صفة الديمومة، خصوصا في إنتاج أية سلعة منتجة أوبديلة أوتعويضية، بوصف ذلك قانونا عاما للحياة في توظيف الاقتصاد على نحـــو أمـــثل وخير قدر الامكان، وعلى أن يتم اختياره من قوائم الإختيارات والبدائل المتاحة مجتمعة.

الثانـــي :ســد الاحتـــياجات الإنســـانية المتزايدة واشباعها، نتيجة للتزايد الســكاني المطرد والمؤدي بالنتيجة الى تزايد الطلب على الموارد الطبيعية. واذ تتركز في معالجة قضايا اقتصادية، ثلاث هامة تتلخص في:

(أ) نوعية وكمية السلع الواجب إنتاجها اليوم وغدا (التوقعات).

(ب) التفكير في كيفية إنتاج مثل هذه السلع، والخدمات المطلوبة وحجمها ؟ وفـــي من ينتجها ؟ وما هي مصادرها؟ أوبأية طريقة تنتج؟ وما هي التكنولوجيا المستخدمة في إنتاجها؟.

(ج) لمـــن تنتج هذه السلع والخدمات؟ ومن هوالمستفيد الأول منها؟ وما هي كيفـــية توزيعها ؟ ولأية مستويات معيشية توزع؟ أتوزع للأغنياء أم الفقـــراء؟ وبـــيان مـــدى الرضا والقبول لهذه السلع المنتجة من قبل مســـتهلكيها ، ويمكـــن توضـــيح ذلك من خلال إلقاء نظرة متعمقة وتفصيّلية أكثر في الانظمة الاقتصادية. (م ١١)

ويـــبقى أن نتطرق لمفهوم الندرة النسبية قانونها ومحدداتها والية عملها إشـــارة لدراسة المفكّر الاقتصادي جورج ستغلر ١٩٤٥م . (م ١٣)، وإلى

الدراســـة التي أجريت عام ١٩٧٠ /١٩٧٦م التي قام بها الاقتصادي فيكتور ســـميث والفريق العامل معه في جامعة ولاية متشغن الحكومية، والتطبيقات النظرية لقوانين إمكانية الإنتاج، وتكاليفها تزايدا أو تناقصا بمعنى (تلاشيه)، والتي كان من أهم انعكاساتها تعديل مفهوم نظرية الراهب مالثوس، صاحب نظـــرية الســـكان والـــتزايد السكّاني وتطبيقاتها، الذي تجاهل دور الكوارث الطبيعـــية والأزمات والحروب وانتشار الأمراض الفتّاكة واثرها الفاعل في الحد من موضوع الانفجار السكّاني، واجراء الدراسات واستخراج المعدّلات والمحـــددات والمؤشـــرات الحيوية كالوفيات والولادات والخصوبة، واطالة الأعمـــار نتـــيجة السيطرة على الأمراض والأوبئة وفعالية توظيف عناصر الإنـــتاج والـــثروة علـــى نحو أمثل وكذلك أثر العامل التكنولوجي والتطور الصـــناعي لزيادة الإنتاج وايجاد المصادر البديلة. كلّ ذلك قد ادى الى القيام بـــإعداد الدراســـات والنظريات المتعلّقة بالنظرية المستحدثة في هذه الدراسة وهي فرضية الإحلال الفعّال... ألخ للعديد من العناصر الداخلة والمؤثرة في العملية الإنتاجية سواء أكانت على الإنسان نفسه أم على احتياجاته، أم على محـــيطة، مـــن موارد لازمة أومساعدة للعملية الإنتاجية والأثر التكنولوجي وغيرة فيها (م ١٣).

الموارد الطبيعية

الموارد الطبيعية نوعان : –

الموارد الاقتصادية : وهي السلع والخدمات التي لها ثمن أو سعر (قيمة مادية)، ويمكن تبادلها والانتفاع بها، واهم عناصرها هي :

الأرض: Land - والعمـــل:Labor - ورأس المـــال: Capital - التنظيم :- Organizing

وهــي جميع الموارد والثروات المتوافرة في الطبيعة سواء فوق سطح الأرض أوفــي باطــنها، أكانت إنتاجية أم لا إضافة للأراضي الزراعية والعمرانية، أكانت ثروات معدنية أم مائية أم محاصيل زراعية ....

أمـــا العمل ورأس المال فهي مجمل **السلع النهائية أو الوسيطة التي سـبق إنــتاجها وتستخدم لإنتاج سلع جديدة، وهي إما سلع إنتاجية أو استهلاكية، ورأس المال فيها إما أن يكون بشرياً أو مادياً .(م ١٣) .**

ويتضـــمن ذلك جميع أنواع الجهد الإنساني الهادف والإيجابي، سواء الذهني أو الجسدي، والروتيني أو الإبداعي، بمعنى استخدام أقصى طاقة ممكـــنة في العمل والتدريب والتعليم لإعطاء أفضل النتائج حتى لا يكون هــناك بطالـــة ،ويوجد تبعا لذلك ثلاثة شروط مهمة للنهوض بالاقتصاد المجتمعي الحديث وهي : -

١) - التكنولوجـــيا الصـــناعية الحديثة والمتطورة : وهي التي تقود في العـــادة إلـــى الحاجـــة لرأســـمال ضـــخم، لتوفير الممكنة الحديثة والمشاريع الصناعية الكبيرة (Large Scale Plants & Factories) بالإضافة إلى السندات وسندات الخزينة والأسهم والتخزين ومخازن البضـــائع المصنّعة، المكتملة. وغير المكتملة، ولأن الثروة (رأس المال) تعتبر في الغالب من الملكية، الخاصة ذلك أدى إلى ظهور النظام الرأسمالي الذي له مفكّروه ومنظّروه . (م ١٣)

٢) – التخصــص والتخصيص (Specialization) : أدت التكنولوجيا الـــى ظهــور مــيزة التخصص التقني والدقيق وإعادة التخصيص المســماة (De specialization)، وبـــيان أثره في علوم الاقتصاد الحديث وتداخلاته في ظاهرة تقسيم العمل ورأس المال .

فهــو الذي أدى إلى ظهور وتطبيق مفهوم التخاصية (الخصخصة) ، المبنـــية علـــى أسس اقتصادية، (مالية وعلمانية) وأنا لست لأتوسع في الخـــوض هنا في هذا المجال. (راجع في السلسلة الاقتصادية ، ١٩٩٦م الخصخصة والإدارة الحكومية) .

٣) – ملكـــية النقود ورأس المال : ويتلخص ذلك في متابعة التدفّقات المالية والنقدية من حيث والعوائد والتداخلات، وأثرها في النظم الاقتصادية، وميكانيكـــية عملهـــا وادائها ونشاطاتها الرأسمالية المنظّمة، وأسواقها والـــتحويلات والـــتحوّلات المالـــية والنقدية، والتأمينات لها وعليها، والعلاقات والارتباطات واثرها ما بين النظم المالية والنقدية والأسعار وسياســـات تسعير السلع والخدمات و خاصة الخدمات الصحية وبيان خصوصياتها واثر عامل الوقت فيها. كلّ ذلك أدى لتحسين النشاطات الاقتصـــادية والشـــروط الإنتاجـــية وتطويرها، كماً ونوعاً وتواصلاً واستهلاكاً ..(م ١٣) .

النظريات والأنظمة الاقتصادية:-

تقـــوم النظريات الاقتصادية على إعداد الدراسات وتكاليفها، اذ يجب أن يكـــون هناك توظيف كامل للموارد الاقتصادية بشكل دائم، و خصوصا في

انــتاج أيـــة سلعة مطلوبة أو اية سلع بديلة تعويضية أواحلالية، وتكون مثل دورة نظـــام الحياة والتعايش مع مبادئ التوظيف الكامل للموارد الاقتصادية: "لما هوممكن وعلى أن يتم اختياره من قائمة الاختيارات (البدائل) مجتمعة"، وذلــك للإجابة عن بعض الاستفسارات الاقتصادية الناجمة عن فشل بعض الخطــط التنموية للدول النامية، خصوصا في القطاع الصحي لها (م ١٧)، وابرزها :-

١- مـــاذا ننـــتج ؟ نجيب بـــ: الاشياء التي نكون اكثر حاجة لها، أي ما هي السـلع الواجــب إنتاجها ؟ وما هي كمياتها اليوم وغدا (التوقعات) ؟ ولأن الـــندرة موجـــودة فالمستهلك هوالذي يحدد ماذا ينتج وقد يتم ذلك بإجراء التصويت (voting) على رغبة المستهلك ،وقدرته على الدفع، ثـــم رغبـــته فـــي استمرار الإنتاج أوتوقفه ؟ كالسلع الغذائية والخدمية، كالخدمات الصحية موضوع البحث .

٢-كـــيف ننـــتج ؟ هـــل نستخدم تقنية ذات كثافة عمالية أم كثافة رأسمالية؟ فالمنـــتج هـــو الـــذي يحدد الكلفة الإنتاجية، والطلب يحدد الكمية التي ســتنتج، أي بمعنى كيفية إنتاج السلع المطلوبة و حجومها أو مقاديرها وفـــي مـــن ينتجها ؟ وما هي مصادرها ؟ وبأية طريقة أو (تكنولوجيا) تنتج؟ كما في عملية تقديم الخدمات الصحية من مزودي هذه الخدمات (م ١٤) .

٣-**لمن ننتج** ؟ للمستهلك الذي لدية الرغبة والقدرة على الشراء، أومن يغطيه كقطاع التأمينات (التامين الصحي) .

٤- **متى ننتج ؟** و ذلك يعتمد على مستوى الحياة الاقتصادية والقدرة والحاجة الحالية والمستقبلية للسلع المستهدفة، أي عند زيادة الطلب على السلع والخدمات، كالخدمات الصحية فتنتج بالمقدار المطلوب.

ومن خلال المعطيات النظرية التي أوضحنا آنفا يمكن الولوج لتحليل الخدمات الصحية في الأردن كمثال على هذه الخدمات، وتعرّف مكنوّناتها ، والتوصل لبعض النتائج المنطقية الواقعية التي أمكن اعتمادها كمؤشرات ودلائل لتفسير ظواهر النظام الصحي على وجه العموم كالنظام الصحي الأردني بقطاعيه العام والخاص، فهي كالأدبيات الاقتصادية جميعها في الغالب لا تتفق ولا تتواءم مع بعضها بعضا ولا مع العديد من المدارس الاقتصادية ، التي تزيد في عددها على الثمانية مدارس في العالم الحديث التي تختلف عن بعضها في تعاملاتها وتعاريفها وتفصيلاتها، من حيث مذاهبها ومفاهيمها ومنهجياتها وتفسيراتها للمواضيع والمشكلات الاقتصادية

وكل ذلك يقود المؤلّف مرة أخرى إلى إعادة صياغة تعريف أعم واشمل مما سبق لعلم الأقتصاد. (م ١٥)

تعريف علم الاقتصاد:

هو ذلك العلم أو الدراسة الموضوعية الأكثر تحديدا لبعض جوانب السلوك الإنساني العام والخاص، والفطري أوالمكتسب من مجموع الظواهر الاجتماعية المتعلقة بدراسة واستخدام وتنمية الموارد الاقتصادية المتوافرة والمحدودة أو النادرة نسبيا (المصادر المتاحة) لإشباع الحاجات الأساسية والثانوية وتفرعاتها العامة والخاصة، والعمل على تصويب الاختلالات الموجودة والطارئة و/

أوالمســتجدة ، و ذلك لضمان سير العملية الاقتصادية والإنتاجية وعدالة التوزيع وكفــاءة الاســتخدام الأمــثل لجمــيع الموارد المتاحة وهذا ينطبق على الاقتصاد الصحي واد بياته .(المؤلّف، م ١٥) .

أقسام علم الاقتصاد:

بعض المدارس الاقتصادية تقسم علم الاقتصاد إلى:

- الاقتصاد السياسي :

هــو العلــم الــذي يبحث في ماهية وطبيعة العلاقات الناشئة بين الناس وطبيعتها خلال المراحل التاريخية المختلفة، وهو ليس معنيا بدراسة الظواهر التي قد تؤثر فيه كالبطالة مثلا، ولكنه يدرس المؤسسات الاجتماعية التي لها ضــوابط ومحددات للعلائق والنشاطات الإنسانية المختلفة، كالزواج والإرث والسوق وبعض الخدمات كالتربية الخاصة والصحة الخاصة وغيرها، ذلك كله له ضوابط وأطر تحدده، وهي ما تسمى مجازا بمؤسسة الملكية الخاصة، وهي عملية توزيع الدخل وما يترتب عليه ٠

- **الاقتصاد غير السياسي** أو (التقليدي) وينقسم إلى مبحثين أساسيين هما : **الاقتصاد الكلّي والاقتصاد الجزئي :**

(١) – الاقتصاد الكلي (Macroeconomics) :-

وهوالاقتصـــاد الذي يدرس القضايا أوالمسائل الاقتصادية ككل، فالأسواق هــنا كلهــا سوق واحدة، وكل سلعة أو خدمة لها سعر عام موحد؛ فالتركيز يكون إذن منصبا على النواتج العامة، مثل الناتج الإجمالي سواء أكان المحلي أم الوطني أم القومي ٠٠٠(م ١٣) .

كـــل ذلـــك يساعد في دراسة السوق من حيث محدداته والعوامل المحددة للاســـتهلاك الكلـــي وطلـــب النقود وعرضها وسياساتها والسياسات المالية الدولـــية؛ إضـــافة إلـــى دراســـة بعـــض الحـــالات الناجمة عن ذلك، مثل النمو الاقتصـــادي والتضخم والبطالة والكساد وما إلى ذلك من قضايا ومسائل اقتصادية ٠

فالاقتصـــاد الكلـــي يـــدرس الوضـــع الصحي بوجه عام على المستويين المعروفيـــن "**بالمستوى الاقتصادي المغلق والمستوى الاقتصادي المفتوح**"، كالناتج الإجمالي (المحلي، والوطني، والقومي) فالناتج الوطني الإجمالي، مثلا ويرمز له ب: (GNP) ويعرّف على انه مجموعة من القيم النقدية لكل الســـلع والخدمـــات المنتجة في الاقتصاد الوطني و خلال مدة زمنية محددة فالـــناتج الإجمالـــي الوطنـــي هـــو (GNP = الكميات + الأسعار) ؛ فإذا استخدمت الأسعار الجارية كمؤشرات اقتصادية على الناتج الوطني مثلا فإنها ســـتعطي الـــناتج الاسمي النقدي ؛ واذا استخدمت الأسعار الثابتة كمؤشرات اقتصادية على الناتج الوطني أيضا فإنها ستعطي الناتج الحقيقي النقدي ٠

إلا أن هـــناك بعض العناصر التي يمكن أويفضل إسقاطها وعدم احتسابها ولا تدخل في عملية احتساب الناتج القومي وهي : –

١- **الســـلع الوسيطة** – لماذا ؟ لأن السلع التي تدخل فيها هي السلع النهائية (المنتج النهائي)، مثل الخبز الذي يتم حسابه دون الطحين لأنه لو حسب كذلـــك يكون قد حسب مرتين وكذلك الدواء يتم حسابة ولا تدخل المواد الخام حتى لا يحسب مرتين٠

٢- **السـلع القديمـة** – ولماذا ؟ لأنها حسبت في السنوات السابقة، كقطع السيارات أو الأجهزة الطبية عند شرائها لأول مرة .

٣-**الأعمـال غـير السوقية** – لماذا ؟ لأنها سلع تنتج ولا تباع أو تشترى، كالأعمال المنزلية لاستهلاك الأسرة مثلا ٠

٤-**جمـيع العمليات غير المنتجة** – لماذا ؟ لأن العمليات المالية هنا عمليات شـكلية مثل عملية بيع الأسهم، فهي شكلية وعينية تمثل فقط عملية انتقال ملكيـتها من (س) إلى (ص)، وكذلك عملية بيع العقارات والأراضـي فهـي عملية انتقال ملكية فقط ولم ينتج شيء جديد، مع ملاحظة أن الربح المتأتـي هـنا لا يعني أي إنتاج جديد، لكن هناك بعض الأمور الأخرى يمكـن حسابها، وتدخل في حساب الناتج القومي الإجمالي كالعمولات أو الكمسـيون-Commission هـذا ولا يمكن اعتماد مستوى الدخل القومي كمؤشـر لقـياس رفاه المجتمع حتى لو كان بازدياد لأنه لا يشمل بالفائدة جميع فئات المواطنين بل فئات قليلة (م ١٣) ٠

الناتج القومي ومكوناته :

يعـرّف الـناتج القومـي علـى انه مجموعة القيم النقدية لإجمالي السلع والخدمات، أما مكوناته فهي التي تعرف ب:

١- **الإنفـاق الاسـتهلاكي**، وهـو كـل مـا ينفق على الاستهلاك من قبل المواطنين، ويرمز له بالرمز (ك) ٠

٢-**الإنفاق الاستثماري** : وهو كل ما يضاف من :

(أ)- أصول جديدة أو صافي الإضافات،

(ب)- إضافات المخزون السلعي (ر) ،

(ج)- الإنفــاق على البيوت الجديدة (استثمارات إنشائية أو عقارية أو مستشفيات ومراكز طبية متخصصة)٠

٣-**الإنفــاق الحكومي** : وهو إجمالي ما تنفقه الدولة على السلع والخدمات الحكومية، ومنها الخدمات الصحية، وهو نوعان :

(أ) – الإنفــاق الجــاري كالرواتــب والقرطاســية والمصاريف النثرية وغيرها.

(ب) – الإنفــاق الرأســمالي ويرمز له بالرمز (ح) ويستثنى من ذلك الدفعات التحويلية و الشؤون الاجتماعية والإعانات وغيرها .

٤-**الــتجارة الخارجــية** : وهــي تساوي الفرق بين الصادرات والواردات (صــافي الصادرات) وتساوي (ص – س) وهي تعني في المحصلة الميزان التجاري للدولة ٠

إذن ينتج أن : (ن ق ج) = ك + ر + ح + (ص – س)٠

وعلــيه فــالدخل القومــي (NI) = الحــركة الدائــرية للدخل والإنفاق (الــتدفقات)، نظــريا، أما حسابيا فلا تتساوى والسبب أن هناك دفعات تدفع وتصــرف ولا تقــبض ٠ أما طرق احتساب الناتج القومي فيوجد أكثر من طريقة ولكن المعتمد عموما طريقتان هما : -

١ – طــريقة الإنفــاق = ك + ح + ر + (ص – س) وكلها تؤدي إلى الطلب الكلي (م ٦) .

٢ – طريقة الدخل (القيمة المضافة) و رياضيا يمكن تمثيلها بــ :

القـــيمة المضـــافة = مجمـــوع دخـــول المواطنيـــن (كمجموع الريع، الأرض...الخ) + الأجور (العمل) + الفوائد (رأس المال) + الأرباح (التنظيم) – ضريبة الدخل.

إذن فان (ن ق ج) = صافي الاستثمار + الضرائب (المباشرة وغير المباشرة) + الإعانات – الأرباح (المؤجلة التي لم توزع) – (الاهتلاك – ضريبة الدخل) = الدخل المتاح . ٠٠٠(م ٦).

(٢) – الاقتصاد الجزئي (Microeconomics) :-

هو الاقتصاد الذي يدرس أجزاء النشاط الاقتصادي كل على حده كدراسته للأســـواق مـــنفردة، فهـــو يدرس سلوك المستهلك وسلوك المنشأة والهياكل السوقية كالاحتكار والمنافسة و أي من تفرعاتها ؛ كأسواق الملابس واللحوم والخضار والعقارات والمستشفيات العامة والاستثمارية مثلا وغيرها.

كمـــا يَعتَـــبرُ تخصيص الموارد جزءا من الاقتصاد الجزئي ويهتم أيضا بدراســـة العديد من القضايا الاقتصادية كالفقر والتمييز والشركات ومختلف القضايا الاقتصادية كل على حده (م ١٣) .

أنواع الأنظمة الاقتصادية :

أ) – الاقتصاد المخطط (Planned Economics):

هوالاقتصـــاد المتـــبعة قواعـــده ونظمه في الدول الاشتراكية والشيوعية كالاتحاد السوفيتي سابقا ودول أوروبا الشرقية حيث كانت السلع تنتج متشابهة الصـــفات والخـــواص والمقايـــيس وموحّـــدة دون مراعاة خاصة لرغبات

المستهلكين بل تعامل كرغبات عامة وتوزّع وتباع بأسعار موحّدة كالمعاطف والأحذية مثلا .

فالاقتصـــاد المخطــط إذن هــو اقتصاد مبرمج ذو هيكل تنظيمي نمطي مخطــط ومبرمج حسب أسس ومعايير ثابتة من حيث الكم والنوع والتمويل فهو ذو موازنات ثابتة .

ب) – الاقتصاد الحرّ (Free Economics):

وهو الاقتصاد الحر والتنافسي بأنواعه – المنافسة التامة والجزئية والحرّة والاحتكارات أيضا بأنواعها، والسوق المفتوحة والحرّة وبالشروط الرأسمالية والكارتــيل بأنواعهــا والشـــركات مــتــعددة الجنسيـــة و إمتــداداتها (Multinational Corporations) .

يمكن تعريف مصطلح الاقتصاد الحر والمنافسة التامة بأنه مصطلح فنيّ ينشأ جرّاء حالات عدم الاستقرار الناتجة من عدم وجود الرساميل الكبيرة أو غــير الكافية، أو عدم توفّر رجال الأعمال أو كبار المزارعين والعمّال (من هــم ليســوا بالحجم والكمّ الكافي) المناسب لحجم السوق لمواجهة المؤثرات السوقية فلا يشكّلون الوزن المناسب لأعباء السوق الحر مما يؤثر سلبا على ميكانيكية عمل السوق وأسعاره .

أمـــا إذا استطاع هؤلاء الوصول إلى الحجم المناسب والكافي للتأثير على أعمـــال السوق فسيصبح هناك حتما منافسة وقد تصل في حدودها القصوى إلـــى المنافســـة الـــتّامة، ولكن إذا ما زادت هذه المنافسة عن الحد المطلوب

وتخطـت حـدود الـتوازن فـإن ذلـك سينعكس على عموم أعمال السوق والمشتغلين به ليولّد العديد من أنواع الاحتكارات كما أسلفنا .

ج) – الاقتصاد المختلط (Mixed Economics):

ذلك الاقتصاد الذي يمارس السيطرة الجزئية على القطاعين العام والخاص محـاولا حـلّ مختلف المشاكل الاقتصادية خصوصا الأساسية، فكلّ فرد في المجـتمع يحـاول توظـيّف المقدّرات كافة كرأس المال واستغلال عنصر الأرض والعمالـة ...الخ لتكوين القيمة والمنفعة والمحافظة على الاستقرار والأمـن الاقتصـادي، وبحث المشكلات الاقتصادية الكبرى وإيجاد الحلول المناسبة والإجابة عن جميع التساؤلات المتعلقة بها في لماذا وكيف ولمن ؟ فلـو حاول جدلا أي باحث افتراض عزل أي بلد أو مدينة مهما كانت كبيرة وغنية عن العالم والتبادلات التجارية والاحتكاك بالأمم الأخرى فإنها لا بد أن تمـر بضـائقة اقتصادية مالية و/أو غذائية ...الخ . وهنا تكمن خطورة ما يسمى بنظام العقوبات الاقتصادية أو الحظر والحصار الاقتصادي

(Economic sanctions) الـذي يفرض كعقوبات اقتصادية على أي بلد والتـي تـؤدي بالتالـي للعديـد من السلبيات على وضع الدولة المحاصرة أوالمفروض عليها الحضر الاقتصادي الدولي مما يؤثر سلبا على أمنه المالي والغذائـي والدوائي والصحي وما إلى ذلك من تعقيدات اقتصادية والتي قد تصبح مزمنة على مر الزمن وقد يستعصي حلّها وتثقل بالدين العام (م ١٤).

الفصل الثاني

نظريات وتحليل الاقتصاد الصحي الجزئي

*الطلب ومحدداته:

نظرية المستهلك والطلب على الخدمات الصحية :

وضـــعت نظريات عدة لتحليل الاقتصاد الجزئي و خصوصا ذات العلاقة بالاقتصاد الصحي وأهمها : -

نظـــرية المســـتهلك : وتفســـر سلوك المستهلك في لماذا وكيف والكمية (أكثر أو اقل) ومتى قرر المستهلك اختيار السلعة أو الخدمة (أ) بدلا من السلعة أوالخدمة (ب) ؟ وهل هي سلع و خدمات أصيلة أم بديلة أم مكمّلة ؟ وبيان مدى حاجة المستهلك لها من حيث النوعية والكمية والوقت (متى ؟) .

والعامل الأكثر تحكما في كل ذلك هو قوى السوق من حيث : -

آلية الطلب : - وهوالعلاقة بين السعر السوقي لأية سلعة والكمية من تلك الســـلعة، ويمكن تمثيلها بمنحنى الطلب وشكل هذا المنحنى يكون منحدرا من الأعلـــى إلـــى الأسفل، محوره الأول يمثل الكمية والمحور الثاني يمثل سعر الســـلعة المقاســـة . فعـــندما يزداد سعر السلعة أوالخدمة مثلا الممثلة على المنحنى مع إفتراض ثبات باقي العناصر والمؤثرات يقل الطلب على السلعة أوالخدمة فيقل عرض الكميات وانتاجها لأنها تصبح مكلفة، والعكس صحيح؛ وهذا ما يؤكّد بدوره قوانين العرض والطلب ومبدأ التسعير معا للوصول إلى حالـــة مـــن الـــتوازن النســـبي للأسعار، وهومبدأ الكميّات المعروضة نفسه

ومقـدار و حجـم الطلب على سلعة أو سلع معينة أو خدمات مقابل أسعار معـتدلة ومـتوازنة ويمثّلها نقاط تقاطع المنحنيات (العرض والطلب) على السلع والخدمات المعينة مقابل الأسعار المعتدلة والمتوازنة كما أسلفنا.

عـند عـدم حصول التوازن المنطقي المطلوب فإن ذلك قد يعرّض هذه المنحنـيات للانتقال إلى أعلى أو الى أسفل (للأمام أو للخلف) للحصول على حالة جديدة من التوازن السعري العام وما يتبع ذلك من تغيّرات، مع ملاحظة ماهية مشكلات التسعير وتوازنها، وقد يلاحظ حدوث حالات من عدم التوازن هذه نتيجة لعدم استقلالية الأسواق، واما ان تكون حالة التوازن المشار إليها جزئـية أووهمـية في السوق ذاته وبالتالي قد تقود إلى حالات من المنافسة وعـدم التحيّز، أما إذا حصل نوعٌ من التحيّز والتحكّم بأسعار السوق والسلع والخدمـات نوعـيّاتها وكميّاتها فإن ذلك قد يقود لشكل من أشكال الاحتكار وتكون الكارتيلات المعروفة عالميا (م١١) .

أما بالنسبة للمحددات والمؤثرات على العمليات السوقية وتوازن الأسعار فهي متعددة واهمها الأرض ورأس المال والعمل ومستويات ومعدّلات الدخل والمعايـير والتشريعات والأنظمة والقوانين المنظّمة لها وغيرها الكثير من العوامل .

فـإذا مـا تـمّ تفحّص عنصر الدخل مثلا والمعايير التي تقيسه بأنواعه المخـتلفة فسـتجد بأنهـا كثـيرة ومتداخلة ومتشعبة ويؤثر فيها العديد من المؤثـرات كمعـدّل الدخـل الفـردي ومستوى خط الفقر والحالة الصحية أوالمرضـية وقد أشار لذلك صراحة المفكّر الاقتصادى كارل ماركس واكده

أيضـــا المفكّـــر الإقتصادي فريدريك إنجلز (١٨٤٨م) بوضوح وجلاء من خـــلال إلقـــاء الضـــوء علـــى الأوضاع الاقتصادية السائدة آنئذ مع الإشارة للـــتوقعات المســـتقبلية وبناءً على ذلك تمّ تصنيف حالات الفقر إلى درجات ومستويات تحدده، حيث قدّرت حالات الفقر في أي مجتمع نامٍ أو متأخر بما لا يقـــل عن الثمانين بالمائة وفي المجتمعات المتقدمة بحوالي العشرة بالمائة ففي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يوجد أكثر من خمسة وعشرين مليون إنســـان فقـــير أو معدم، ومن يتمتعون بالثروة لا يتجاوزون العشرة بالمائة وبنسب متفاوتة من بلد لآخر، مما حدا بالدارسين والباحثين إجراء الدراسات للحـــالات الناشـــئة جراء ذلك كدراسة أسباب ونتائج الكثافة السكانية والنمو المـــتزايد واسس توزيع الثروة والأخلاقيات والمناهج الاقتصادية تبعا لذلك، وكذلـــك أثر مركزية رأس المال على العمل والإنتاجية والتطور والتغير أو الـــتحوّل التكنولوجـــي والتجميع الرأس مالي واثره سواء السلبي أوالإيجابي وتفـــاقم أحجـــام مؤشـــرات الفقـــر والاضطهاد والعبودية والطبقات العاملة (Degradation & Exploitation)، وكذلـــك دراسة الاحتكارات والمركزية الرأســـمالية واثـــرها علـــى الإنتاجية والعمالة وعدم الارتياح مما أدى إلى الانفجـــارات والاقتصـــادية الهادفـــة لـــتعديل الأوضاع الاقتصادية عموما وانعكاســـاتها علـــى الأفراد والجماعات والحكومات وعلى الثقافات العامة وخلاف ذلك من الآثار التي أدت الى ظهور النقابات والجمعيات التي تطالب بتحســـين الأوضـــاع المعيشـــية والخدماتية بتجرّد مطلق وبحيادية لمعالجة الصدامات والنزاعات والمساومات الناتجة وتوضيح الدور الحكومي للتوصل للحلـــول المرضـــية والمقـــنعة للفئات العاملة كافة وتقديم الخدمات اللازمة

واشـــباع رغـــبات المتلقيـــن للخدمـــات والمستهلكين عموما ومنها الخدمات الصـــحية مـــدار البحث ؛ وجميع السلع المعروضة والمطلوبة والسعي الى الوصـــول لجمـــيع حـــالات التوازن السعري والسوقي والصناعي واجمالي قطاعات الخدمات موضحا ذلك من خلال استعراض العلاقات والتبادلات ما بيـــن عناصـــر وبـــنود الموازنـــات للمشـــاريع الاقتصادية كافة الرأسمالية والخدماتـــية وغيرها من موجودات ومطلوبات، واستنباط صافي الموازنات المالية والنقدية من ربح و خسارة على جميع المستويات القصيرة والمتوسطة والطويلـــة المـــدى وتحديد مقدار الاستهلاك والنفقات وتوزيعها وموازناتها ومســـتويات الدخـــل بشكل منطقي وعقلاني دون أي إغراق ولتفادي جميع المثالـــب والمعوقات للحيلولة دون الوصول للأزمات والمشكلات الاقتصادية المتفاقمة وامكانية السيطرة عليها من بداياتها بيسر وسهولة كالتضخم والكساد والـــبطالة والمديونـــية الحكومـــية ...الـــخ .ســـعيا للوصـــول الى الرخاء والنموالاقتصادى المطرد وزيادة معدلات نموالدخل الفردي والقومي (م ١٣)

يلاحظ أن الطلب على الخدمات الصحية والرعاية الطبية عموما لا يعتمد علـــى الكمية والسعر فقط، بل على عدد الممارسين الصحيين وعلى نوعية الرعاية الصحية المطلوبة والمقدّمة والتي غالبا ما يحددها الأطباء كماً ونوعاً و ذلـــك للحصـــول علـــى نتائج مرضية ومقبولة كل ذلك يعتمد على قدرة المـــريض (المستهلك) على الدفع لأن الخدمات الصحية العلاجية غير قابلة للتحويل بين المستهلكين أوالمستفيدين ألا وهم المرضى ٠

تقـــاس مـــرونة الخدمـــات الصحية السعرية : بمقدار التغير في كمياتها المقدمـــة مقسومة على التغير في الأسعار وغالبا ما تكون المرونة أكبر من

واحـــد أي (غـــير مـــرنة)، كمـــا يلاحظ أن هناك تفاوتا في الأسعار لهذه الخدمـــات مـــن مزود لآخر لها، غير أن معاملات الطلب إجمالا غير مرنة ويكون منحنى الطلب في هذه الحالة أفقيا ·

مع أن فرضية التمييز السعرية غالبا ما تكون ذات أثر وفعالية، فإن أنظمة التأميـنات الصحية لن تكون مناسبة و ذات جدوى كبيرة للمنتفعين بها، لذلك تجـــد أن قطـــاع الأطباء في الغالب لا يرغبون في أن يكونوا ممن يبتزون المرضى أو ان يكونوا من ذوي الأجور الباهظة بين أقرانهم من الزملاء لأن الارتفـــاع فـــي الأجـــور للخدمـــات الصحية له انعكاسات سلبية ولا يشجع المرضى على التعامل مع هؤلاء الأطباء ولا مع المستشفيات التي يتعاملون معهـــا، بـــل قد يكون حافزا للإعراض عنهم إلا المضطر فقط وهذه حالات نـــادرة كالحـــالات الطارئـــة فعلاً والتي لا خيار لهم فيها كحوادث المرور (الســـير) أوالســـقوط والحـــروق والذبحـــات القلبية وغير ذلك من الحالات الاسعافية المشابهة ·

إلا أن هـــناك بعض الحالات الخاصة وهي قليلة نسبيا ممن يبحثون عن الخدمـــات الصحية المرتفعة الثمن للتماشي مع أوضاعهم الاجتماعية الراقية أوللمشـــابهة مع ذوي الدخول العالية (Prestige Carriers)، فمنحنى الطلب لهذه الفئة نراه ينحدر للأعلى ولليمين· ويلاحظ أن الخدمات في المستشفيات عمومـــا ذات مســـتويات ثلاثـــة أو حتى أربعة في بعض الأحيان (الدرجة الخاصـــة، والأولى، والثانية، والثالثة) والدرجة الثالثة هي (العنابر العامة) وغالـــبا ما تكون مغطاة من قبل الحكومة بمظلة التأمين الصحي، فكل درجة

إقامـــة بالمستشــفيات لهـــا امتيازاتها من حيث الخدمات الفندقية والعلاجية وتفاوت الأسعار (١١م) .

محددات الطلب للخدمات الطبية:-

ويمثّل جانب طلب المستهلك، عوامل تحديده للكميات المطلوبة، من خلال:

(١) – سعر السلعة أوالخدمة – Price of Goods & Services:-

ارتفاعا أوانخفاضا – نتيجة لشحّها وندرتها النسبية من الحيثية الاقتصادية، ويعــود ذلك الى جملة الحقائق الحياتية المعيشة الناشئة ومحدودية المصادر الإنســانية و خصوصا الأساسية منها والتي تستخدم في الحدود القصوى لها تقنــيا ومعرفيا القادرة على إنتاج أكبر كمية ممكنة وغالبا ما تكون محدودة لأغلــب هذه السلع بالطبيعة، ولكن يجب عدم إغفال رغبات المستهلكين علما بأنها محدودة بالمعدّلات العامة لكل سلعة بالطبيعة، كاستغلال عنصر الأرض مــثلا فــي إنتاج سلعتي القمح والذرة في جزء بسيط من الأراضي الصالحة للزراعة لمثل هذه المحاصيل وضمن منحنى الإنتاج فيبدآن بالتزايد التدريجي إلـــى حـــدّ معيـــن على خط منحنى الإنتاج للحكومات أوالمؤسسات أو حتى الأفــراد وغالــبا لا تصل هذه السلع الى الحدود المطلوبة للإنتاج لكل سلعة ويظـــل الـــنقص أوالعجز حاصلا في تلبية الاحتياجات، ومثل هذه الظاهرة تســـمى ظاهــرة العوز الاقتصادي (Economic Inefficiency) ويعود ذلك لعدم الاختيار المناسب للأرض المناسبة لزراعة مثل هذه المحاصيل أونتيجة للاستعمال الخاطئ أوغير المناسب للطرق التكنولوجية الحديثة.

(٢) – مستوى الدخل (Level Income) –

مستويات الدخل تتفاوت ارتفاعا أوانخفاضا حسب شرائح المجتمع، فيزيد شراء السلع والخدمات كلما زاد الدخل ويقل الشراء للسلع والخدمات عموما كلما قلّ الدخل فتكون (العلاقة طردية) ، والسلع أنواع أهمها :-

(أ) – **الخدمـات والسـلع العاديـة** : فكلما زاد الدخل زاد الطلب والعكس صحيح كلما انخفض الدخل قل الطلب عليها وهي مثل الاحتياجات الاساسية اليومية والروتينية.

(ب) – **الخدمات والسلع الرديئة** : كلما زاد الدخل قل الطلب عليها، وكلما قل الدخل زاد الطلب على هذه السلع والخدمات بمجملها (العلاقة عكسية)، فعندما يكون الدخل متدنيا قد يقبل الناس على شراء المواد (السلع والخدمات) متدنية الجودة لانخفاض أثمانها ومعادلتها لقوتهم الشرائية كمواد التنظيف والتعقيم المصنّعة بجودة منخفضة من الدرجة الثانية أوالثالثة فقط لسد الحاجة، أما إذا كان الدخل مرتفعا للفرد فإنه يستعيض عن مثل هذه السلع بسلع و خدمات عالية الجودة تتناسب ودخله عندئذ يلاحظ بأنه يبدأ البحث عن النوعية وعن الجودة بغضّ النظر عن السعر والكمية .

(ج) – **أسعار السلع والخدمات الأخرى (البديلة، والمكملة)** : السلع البديلة / إذا ارتفع سعر السلعة (أ) مثلا فانه يقل الطلب عليها إجمالا ويلاحظ الزيادة في الطلب على السلعة البديلة الأخرى (ب)، ما دامت محافظة على سعرها السوقي المقبول والعكس صحيح • أما السلع المكملة

فــيلاحظ أن أي ارتفاع في سعر سلعة أو خدمة ما (أ) مثلا فستنخفض أســعار الســلع المكملة كالسلعة (ج)، مثلا إذا ارتفع سعر القهوة فيقبل المســتهلك علـــى شراء مادة الشاي مادام سعرها مقبولا أو كشراء مادة الشاش المعقم بدلا من مادة القطن عند ارتفاع اسعارها .

(٣) – ذوق المستهلك (Consumer's Taste) –

ويعــتمد المستهلك في اختياره بذلك على نوعية و/ أو كمية شرائه للسلع والخدمات المرغوب فيها حسب ذوقه ورغبته مع مراعاة الدخل ومستويات الأسعار ٠

(٤) – العوامل الثقافية والحضارية (Cultural Factors) –

قــد يكــون تركيز المستهلك على سلع أو خدمات معينة أكثر من غيرها ويخــتلف ذلك من مكان لآخر حسب طبيعة البلد والبيئة المحيطة من عادات وتقاليد متوارثة ومستوى التعليم الثقافي والحضاري والخلقي وغيرها ٠

(٥) – العوامل الدورية أوالفصلية (Periodical & Seasonal Factors) –

كل فصل أوموسم له سلعه و خدماته الخاصة به ويكون الطلب عليها أكثر في ذلك الموسم، ففي فصل الشتاء مثلا يزيد الطلب على الملبوسات الشتوية الملابــس الصــوفية والمعاطف والتدفئة والعلاجات نتيجة لأمراض فصل الشــتاء،على عكــس فصل الصيف مثلا فيزيد الطلب على الملابس الصيفية الخفــيفة والمكيفات وادوية وامراض واوبئة فصل الصيف... الخ، وكما في موســم بــدء العــام الدراســي حيــث يــزيد الطلب على اللوازم المدرسية والقرطاسية ٠

(٦) – أثر الإعلانات التجارية : CommercialAdvertisements" "Effects

للإعلانـــات التجارية أثر بالغ الأهمية و خصوصا عندما يكون الإعلان التجاري قويا ومركزا يدغدغ عواطف واحاسيس المستهلكين ويلامس الوتر الحســـاس لحاجة المستهلك الفعلية للسلعة أو الخدمة المعلن عنها لجعلها هامة وضـــرورية وباقية في ذهنه، رغم المبالغ الطائلة التي قد تصرف على هذه الإعلانـــات إلا أن المـــردودات الفعلية والمتوقعة على المدى البعيد قد تكون أكـــبر بكثـــير مما يصرف عليها كالاعلان عن المستشفيات التخصصية من حيـــث تجهـــيزاتها و حداثـــة معداتهـــا وتطورهـــا وتمـــيز ورقي خدماتها الفندقية.......الخ. (م ٦،١٤)٠

إذن فـــإن الـــذي يحـــدد الطلب على الخدمات الصحية والرعاية الطبية العلاجية ثلاثة أمور أساسية هي :-

١ –**مســـتوى الدخل للمريض**، والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو كيف يمكن تحديد ثبات أو ارتفاع تكاليف الإنفاق الصحي إلى الدخل على الرغم من أنهـــا متغـــيّرة باســـتمرار ؟ مع طرح حصة ومساهمة الإنفاق الصحي المتوقع و/ أو الدوري من دخل المستهلك (المريض) كمؤشر لارتفاع المداخيل؟ ٠

والإجابة الأكثر ملائمة ودقة هنا تكمن في :

(أ) – الجانـــب التقنـــي (Technical) وهـــذا الجانب هو الذي يؤثر على التغيرات في دخل الأسرة من سنة إلى لأخرى

(ب) إمكانـــية انتقال رغبة المستهلك (المريض) لنوعية الخدمة (Patient Satisfaction transfer)، والتغـيرات النســبية لأســعار الخدمات الصــحية والعلاجــية، وهي بدورها لا تقيس المستويات المعيشية للمواطنين لا على المدى القريب ولا حتى على المدى البعيد، لذلك يلاحظ أن النسبة من الدخل (دخل الفرد) السنوي والتي تنفق على خدمات الرعاية الصحية والطبية العلاجية تبقى ثابتة تقريبا و حول معدلاتهـا كمـا في الأردن مثلا فهي لا تتعدى العشرة بالمائة من موازنة الدولة السنوية ٠

٢- **مقارنـــة أسعار الخدمات الصحية بأسعار الخدمات الأخرى** :- الخدمات الصــحية تحدد غالبا من قبل الطبيب نوعا وكما، أما الخدمات الأخرى فـالذي يحـدد نوعهـا وكميتها وموعدها هو المستهلك نفسه من خلال حاجته ورغبته وقد يحدد أيضا مقدار الطلب والأسعار أحيانا على عكس الخدمات الصحية ٠

٣- **رغبات المستهلكين** :- (**Preferences Consumer**) – تنطلق رغبات المستهلكين من مفهومين هما :

أ) – التغير الحقيقي في الرغبات والأذواق للأفراد .

ب) – والتغير في النمط الاستهلاكي للخدمات الصحية من خلال مفهوم التشكيل الديموغرافي للسكان، التي تكوّن المجموعات السكانية التي قد يصل إشباعها من الخدمات الصحية إلى فوق المعدل وفوق المتوسط (Utilization average – Above) مما قد يؤدى إلى

ظهور مفهوم ونظام خدمة ورعاية المسنين والفقراء (Medicare and Medicaid systems) كما في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوروبية الغربية، وفي الأردن استحدث هذا كنظام جديد فقد بوشر بإجراء الدراسات عليه لتفعيله وتطويره وتوسيع نطاقه خصوصا الرعاية الصحية لكبار السن (فوق ٦٥ سنة) والأرامل والأيتام وكان ذلك بأمر خاص من جلالة الملك المعظم، وكل ذلك يجري بتنفيذه أو تحقيقه على المدى البعيد للوصول بالنظام الصحي الأردني إلى تقديم الخدمات الصحية المتطورة والسريعة كنظام الإسعاف الفوري السريع لشركات من القطاع الخاص كالخدمات التي تقدمها المديرية العامة للدفاع المدني العام .

وهذا يعتمد على الوعي والثقافة الصحية والمستوى التعليمي لدى المواطنين، فكلما زاد الوعي والمستوى التعليمي زادت الثقافة والوعي الصحي ليصبح أكثر إيجابية خصوصا في جانب الرعاية الصحية والطب الوقائي مما ينعكس إيجابيا على الصحة البيئية و يحد من التلوث البيئي بأنواعه، ويخفض معدلات الوفيات خصوصا بين الأطفال الرضع، ويطيل توقعات أمد الحياة ويخفض نسب الإعاقات والأمراض المزمنة كأمراض القلب وتصلّب الشرايين والضغط (ارتفاع التوتر الشرياني) والروماتزم والحوادث خصوصا حوادث السير(RTA) مما يقود تدريجيا إلى الاقلال من معدلات الإنفاق على الرعاية الصحية و خصوصا العلاجية .

يجب عدم إغفال أهمية العامل النفسي للمواطنين المرضى أو متلقي الخدمات الصحية و ذلك من خلال زيادة الثقة بفاعلية هذه الخدمات الصحية

على تعدد أنواعها وآثارها الإيجابية على الصحة العامة والمجتمع مع مراعاة أثـــر التأميـــنات الصـــحية وتوفرها الدائم مما يعمل على خفض قيمة وكلفة الفـــاتورة الصحية خصوصا في الحالات الطارئة وغير المتوقعة واثرها في إحداث عجوزات طارئة قد تكون مرفقة ضمن موازنات دخول الأفراد سواء الشـــهرية أم السنوية لأنها تسهم مساهمة كبيرة في تغطية هذه النفقات مقابل القسط الضئيل الذي يدفعه المشترك شهريا أو سنويا والذي لا يتعدى ٣% من إجمالـــي دخلـــه أو راتبه ؛ مما يجعل نظام التأمين الصحي يسهم في عملية اســتقرار وامـــن المواطن الصحي و النفسي مع المحافظة على دخله وعدم تعريضـــه للهـــزات المالية نتيجة أي طارئ صحي يمكن أن يتعرّض له أي مشـــترك أو منـــتفع بالتأمين الصحي، كما يضمن ذلك أيضا شمولية وعدالة التوزيع لخدمات الرعاية الصحية والطبية وبمستوى خدماتي أفضل واعم.

هـــذا إذا ما أديرت بأساليب إدارية ذات منهجية حديثة و دون تدخلات أو محســـوبيات وان تكون للمستحقين فقط كل ذلك يزيد من المنفعة والاستخدام الأمـــثل و خفـــض نفقات الخدمات الصحية على المدى البعيد لتتماشى مع الخطط التنموية الوطنية .

وبالنظر إلى نتائج المسح الإحصائي على قطاع مزودي الخدمات الصحية كالمستشـــفيات والمراكـــز الصحية الشاملة مثلا، فيلاحظ أن المنتفعين بنظام التأمينات الصحية يتمكنون من تلقي الخدمات الصحية بشكل كامل ولا يستثني الطبيـــب مثلا أية فحوصات مخبرية أو شعاعية قد يراها ضرورية حتى لو كانـــت مكلفـــة ماديـــا لأن المريض مؤمن صحيا على عكس المرضى غير

المؤمنيـــن صـــحيا والذين لا يتمكنون من تغطية فاتورتهم الصحية العلاجية (م١٣) .

التطبيقات على الاستثمارات الصحية وإرساء قواعد التأمينات الصحية:

كـــان أن أكّد المفكّر الاقتصادي **جون كينز** على توضيح أهمية موضوع تشـــجيع الاستثمار في حقول الصناعة وخدمات التي منها صناعة الخدمات والتأمينات الصحية وإنشاء فروع لهذه المؤسسات والشركات العملاقة ومنها المؤسســـات الصـــحية، فهـــو صـــاحب الفكـــرة والنظرية العامة للتوظيف الاستثماري وعوائد الفائدة والمال المستثمر التي عنيت بالتحليل الاقتصادي ورســـم السياسات إلا أنها في ذلك الوقت لم تضم جميع المناحي الاستثمارية فـــي التوظـــيف الكامل التي قادت فيما بعد لحدوث التضخمات في الأنظمة الاقتصــــادية وبنســـب مـــتفاوتة لعدم القدرة على التحكّم **بصمامات الأمان الاقتصادية** (Factors /Thermostat Tools) والتحكّم بالمشاريع الاقتصادية الاســـتثمارية . ففـــي بدايـــات القـــرن المنصرم لم يكن حجم الاستثمارات الاقتصادية كثيرا ومتشعبا كما هو اليوم، مما كان يؤدي إلى حدوث **انكماشات استثمارية** (Defilations) ؛ ولكن عندما زادت نسبة التوظيف أدى ذلك إلى حـــدوث **التضـــخم المزمـــن** (Chronic Inflation) مما اضطر كثير من المفكريـــن الاقتصــــاديين وأصحاب هذه النظريات والأنظمة واتباعهم للعمل علـــى تعديـــل المسارات والسياسات النقدية والمالية والضريبية للتخفيف من نســـب هـــذه التضخمات وتوثيق العلائق التبادلية المنفعية ما بين الاستهلاك والدخل انطلاقا من نقطته السالبة .

إذن فهي علاقة تبادلية ما بين التوفير الاستهلاكي والتوفير في الدخل حتى يتحصّــل صافي التوفير ولأن يكون مستواه صفرا ؛ فإذا كان تحت مستوى الصــفر يكون التوفير سالبا، أما إذا كان فوق الصفر لا يكون موجبا ونقطة تقاطعه هي نقطة توازنه (نقطة التعادل التفريقي الصفرية أو الحدية) .

وشــكل المعادلة يكون كالتالي : **(MPC – MPS=I)** ؛ ولتكون المقارنة أكــثر تطابقــا ومعقولــية من حيث التوازن في التوزيع للدخل ومقارنته مع الاســتهلاك اقــترح أن تكون نسبة الزيادة في المداخيل ثابتة تقريبا وأن لا يتعدّى مقدار الانحراف المعياري (٣ – ٥ %) ليتمكّن المستهلك أو المستفيد من زيادة ما يحتاجه من مقدار الخدمات والسلع ومواكبة تطورها على المدى المَــنظور والبعــيد للإنفــاق الاستهلاكي بدلا من متابعة ذلك سنة، إثر سنة فــبروز مثل هذا التحذير المبكر ليؤكّد على حجم الاستهلاك المجتمعي واثره وتأثــره بمــثل هــذه الخدمات ومردوداتها سعيا وراء الاستهلاك الخدماتي التفاخري إلى حد ما، ويتمّ ذلك من خلال انتقال منحنيات الأسعار وتغيّراتها لتتناســب مــع حجــم النمو السكاني والتقديرات الأولية الإحصائية للتطور والنماء التقني المطرد والتعديلات المناسبة لتتلاءم مع معدلات الدخل الحقيقي للأفــراد مــن حيث المقدرة والاستطاعة للإنفاق على الخدمات المقدّمة دون وجــود عوائق لمستويات الأسعار ومعدلات الدخل الفردي (لغير القادرين) والنمو السكاني والشرائح والنسب الضريبية ومعدّلات الإدخار و الإقتطاعات والتأميــنات الصحية وغيرها ويمكن الاستنباط من خلال التحليل المحدّث أن أثر الزيادة في استثمارات الدخل القومي والفردي تكون بمضاعفة أو استخدام مقــياس **المضعّف Multiplier**) للكميات حتى تكون أكبر من الحد الطبيعي

والأصـــلي المســـتخدم في العمليات الاستثمارية (الإنفاق الاستثماري) كأي نقلة نوعية مستقبلية مرغوبة للحكومات ومشاريع الاستثمار الأجنبية والإنفاق علـــى مستوى العائلة ستكون أكبر و ذات أثر أقوى واكثر فاعلية ولها جهود إنفاقـــية مضـــاعفة، وهـــذا الأثـــر هـــو المسمّى بالمضعّف ذي العلاقات والارتـــباطات الرقمـــية (coefficients Digital) الإيجابية الأثر على الدخل والاستثمار معا خصوصا في قطاع الخدمات الصحية ذات التكنولوجيا العالية والمتطورة كما في المعادلات التالية وإشتقاقاتها الرياضية :

One over one minus MPC" or ، " change in investment

over MPS multiplied by the one = Change in income"

" .multiplied by the change in investment

لذلـــك فالـــتطور التكنولوجي العالي للخدمات عامة و خصوصا الصحية والطبية يعتبر نقلة نوعية تخفض من مستوى الفائدة البنكية وتزيد من نسب الأجـــور والحوافـــز العاملين وتزيد من حجم العمل والمردودات أو العوائد والخدمـــات المقدمـــة ونوعيـــتها المتميّزة والتي عادة ما تكون سريعة الأثر الاستشفائي .

وهـــناك دلالات علـــى السرعة والإيجابية لهذه الخدمات ومقارنة كلفتها بمداخيل الأفراد والإنفاق الحكومي (الموازنات) واهم هذه الدلالات ما يلي:

١) -مبدأ الحماية والحيطة من حدوث بعض المغالطات المنطقية للاستهلاك، ولـــيس بالضرورة كل ما هو مناسب تماما لشخص أو أشخاص عدة أن يكـــون مناســـبا للآخريـــن، مـــع الأخذ بعين الاعتبار بعض الظروف

والاعتــبارات أو المغالطــات الاجتماعية الخاصة. عندئذ يمكن اعتماد طــريقة **المحاولـــة (Attempt)** لإيجاد طرق مناسبة واقتصادية لزيادة الدخــل القومـــي والفــردي وإجمالي الاستثمارات في القطاع الخدماتي المعنـــي (الصحي) مثلا وبالشروط الملزمة لخفض الإنفاق الادخاري الفعلي (Actual) والحقيقي الأساسي وليس التنبئى .

٢) – إتخــاذ التدابير الاقتصادية اللازمة والضاغطة لمستويات ومعدّلات الدخــل المــنفق علــى الخدمـــة المعنية ، والإقلال من مقدار النفقات الرأسمالية وتراكماتها .

فمــثلا إذا ا كانت المخرجات عالية دوما فإن التدابير الاقتصادية التقليدية ســتكون غالــبا صــحيحة من وجهة النظر الاجتماعية و خصوصا في ظل الظــروف الطارئـــة كــالكوارث الطبيعـــية والحروب، وعليه فإنه كلّما قلّ الاســتهلاك زاد حجــم الاستثمار . المحصلّة واحدة وهي انّه سيكون هناك حدوث هدر في المصادر المتاحة والمتحققة (م١٢) .

محددات العرض في الخدمات الصحية:

يمكــن تحلــيل العرض للخدمات الصحية في المستشفيات وعلى المديين الطويــل والقصير من خلال دراسة منحنى الكلفة الحدية وتغيرها أوانتقالها، فــإذا كانت المنشأة الصحية تدار مركزيا فسيكون الطلب لعوامل الإنتاج أي المنــتج من الخدمات الصحية (طلب مشتق) لكن ليس هو الأساس، وتحليل شــروط ومحــددات العــرض والطلــب على السواء، هنا تكون هي نفسها (للمنــتج أو لعوامــل الإنتاج أو لكليهما) لكن مع وجود فروقات في نوعية

الخدمـــات و حسب طلب أسواقها أي حاجة ورغبة المرضى ؛ كما في حالة الأطـــباء مـــثلا فـــإن خدماتهم ستظهر كأنها مصطنعة ومنفصلة عن حاجة المرضـــى وســـوقهم عن طلب الأطباء أنفسهم، والسبب في ذلك يعتمد على جانب الطلب للمرضى المتأثر بكميات خدمات الأطباء المعروضة، حيث ان العـــرض ســـيكون أيضا في مثل هذه الحالة معتمدا تبادليا على عدد الأطباء الممارسين وعلى أجورهم وعلى أسعار خدماتهم الصحية والعلاجية كل على حدة، كما يمكن مقارنة ذلك مع مزودي الخدمات الصحية والعلاجية الأخرى المنافسة و/ أوالبديلة كأطباء الأسنان (الخدمات السنية) والخدمات التمريضية والمخـــبرية والشـــعاعية وغيرها من الخدمات المساعدة أوالمكملة الأخرى، فيمكـــن إحلال الأطباء الأخصائيين بدل الأطباء الاختصاصيين بتخصصات فرعـــية متعمقة، مثلا اختصاصي باطني عام يمكن إحلاله محل اختصاصي باطنـــي بتخصص فرعي أمراض الروماتزم أوالقلب أوالدم أوالهضم أوالغدد كالسكري ٠٠٠٠ الخ ٠

وهـــذا ينسحب على باقي الاختصاصات كالجراحة العامة وطب الأطفال والنســـاء والـــولادة وغيرها، وكذلك على الخدمات التمريضية كالممرضات المســـاعدات يمكنهن القيام بأعمال الممرضات القانونيات أوالقابلات أو بدل ممرضـــات العـــناية الحثيثة أوالمركّزة (CCU, ICU.) أوالعمليات وغيرها خصوصـــا بعـــد عقد دورات متخصصة لهم إن دعت الحاجة لذلك ليكونوا بالمســـتوى المطلـــوب نفســـه تقريبا لتأدية الخدمة اللازمة منهم، واجورهم بالمقـــابل تكون أقل من نظرائهم ذوي الاختصاصات الفرعية الدقيقة المسماة ب: (**Sub - specialties**) وهذا يوفر من التكاليف الإضافية على المستشفى

ومن فروقات الرواتب لمن هم في رتبة المستشار وامثالهم من الاختصاصات العالية والدقيقة ٠

كمـــا أن حجم المرضى هوالذي يحدد نوعية اختصاص وعدد الأطباء في المستشفى ليتمكن المستشفى بالتالي من استخدامهم الاستخدام الأمثل بدلا من دفعه أجورا عالية ورواتب إضافية وبدلات عالية ومتعددة لأقرانهم من ذوي الإختصاصات الفرعية المتقدمة والدقيقة .

ويمكـــن قياس المعادلة السابقة نفسها على استخدامات الأدوية (**Drugs**) المســتعملة حيــث يوجد العديد من العلاجات والعقاقير البديلة لنفس المرض نفسه بأسعار متفاوتة أيضا، ونادرا ما يتعين استعمال عقار بعينه ولا بديل له لحالة مرضية معينة، فالبدائل متوفرة وموجودة وبالكفاءة والجودة نفسها يمكن للمستشــفيات اســتخدام مــثل هذه العلاجات ذات الاسعار الممكنة والتي في متــناول أيدي المرضى ويستطيعون دفع بدلها بأسعار أقل لتوفر على نفسها وعلى المرضى في الوقت ذاته مما يحدوها تقديم خدماتها الصحية والعلاجية بكفــاءة وتميزعلاوة على توفرهذه الادوية وانخفاض ثمنها ولتؤدي الغرض المطلــوب مــنها وعليه فيكون الإنفاق بحده الأدنى و ذا عوائد مالية عالية ومربحة اقتصاديا ٠

ويمــثل العــرض جانب المنتج وهو : قائمة أومجموعة النقاط المحددة للعــرض مــن خــلال المنتجيــن والسوق (Schedule)، له أسعار عدة ولكمــيات متعددة من السلع والخدمات و خلال فترة زمنية معينة (سنة)

مـــثلا، ويمـــثل ذلك القوة السعرية والمخرجات (Out puts) لهذه السلع والخدمات (م ٦) .

وهـــذا التعريف يختلف عن التعريف العام للعرض وهو الأنسب للخدمات الصـــحية، ويكـــون في العادة في ظل السوق التنافسي و ظروفه كما يوجد هـــناك وقـــت محـــدد لانـــتاج مثل هذه السلع والخدمات بالمقارنة مع وضع مبـــيعاتها، ومنحـــنى عرضها (وليس بالضرورة أن يكون مطابقا أومحددا) لمنحنى كلفة محدد لسلعة أو خدمة بعينها ؟.

فعـــند الـــتحرك مـــع منحنى العرض فإن ذلك يظهر التغير بين كمياتها واســـعارها مـــع افتراض أن المتغيرات الأخرى ثابتة نظريا ٠ ومن خلال النظر الى دالة الإنتاج (**Production function**) وعناصرها كرأس المال أو العمالـــة وغـــيرها من العناصر الأخرى مع بقاء المتغيرات الأخرى ثابتة وهذا لا يعني استبعادها لأنها متغيرة ولا تتصف بالثبات .

محددات أخرى للعرض وأهمها:-

(١)- الســـعر والـــنظام الســـعري : - والعلاقـــة طردية ما بين الأسعار والكميات المعروضة من السلع والخدمات، فكلما زادت الكمية المعروضة يزداد السعر إلى حد معين حتى الوصول إلى نقطة التوازن بين منحنيي العـــرض والطلب، فإذا زادت السلع المعروضة عن هذا الحد فان الطلب يبدأ بالانخفاض مصحوبا بانخفاض تلقائي في الأسعار، والعكس صحيح

النظام السعري (Price System) :

مـــن خلال مطالعة أنظمة الربح والخسارة للسلع والخدمات عموما فسنجد أن لكـــل شـــيء ثمناً أوقيمةً من سلع و خدمات على اختلاف أنواعها وكذلك العناصر الداخلة في العملية الانتاجية كالعمالة ومعدّلات أجورها مقاسة بوحدة الـــنقد (الأسعار)، وهذه الأسعار تتأثر بالعرض والطلب والمنافسة والجودة والندرة النسبية والوقت (المواسم الاقتصادية) وعوامل أخرى غيرها كثيرة.

فـــإذا مـــا تدنّـــت الأســـعار واصبحت السلع والخدمات في متناول أيدي المســـتهلكين والعامّة فإن الطلب سيتزايد ولكن إلى حد معين مما سيزيد في الوقـــت ذاته من الوحدات المنتجة إلى الحد نفسه والمقدار الذي يحقق ربحا ومـــنفعة في حدود المنافسة للوصول إلى حدود التوازن السعري / الخدماتي السلعي مع المحافظة على أسعار وتماسك وحدات وعناصر الانتاج كالأرض والعمالة ورأس المال (مدخلات الإنتاج) ...(م٦، ١٣).

كلّ ذلك يلزم لتحقيق نظام التوازن السعري العام (أسعارا وانتاجا) مع عدم إغفـــال محددات العرض والطلب ومقابلتهما بالأسعار المتاحة والمقبولة سوقيا ومحـــددات مـــنهج الكلفة والاستمرارية للوصول لما يسمى بالتوازن التنافسي للســـلع والخدمـــات سوقيا ؛ لضمان تحقيق استمرارية دوران دوائر التدفقات النقدية والسلع والخدمات من مزوّديها (المنتجين) لمستهلكيها (المتلقين) و ذلك لتحقـــيق استمرارية سريان العلاقة ما بين عناصر السوق والعمالة والخدمات الإنتاجـــية مـــع ضـــرورة التميـــيز بيـــن السلع والخدمات واستهلاكها سواء

الــتفاخري و/أوالمريح (Luxury&Comfort) ومساومات والمفاضلات بينها للوصول إلى نوع من التوازن التوفيقي و/أوالتفريقي: (The differentiation between Comfort & Privatization) ومقاســة بــأقلّ ما يمكن دفعه من وحــدات نقدية لقاءها، مع مراعاة جميع أحوال الانحرافات والفروقات لتقع ضمن (المعايير الأخلاقية) للأنظمة الاقتصادية وسياساتها في التعــــاملات (الســعرية والــنقدية وميكانيكية واليات عمل الأسواق الوظيفية المرسومة) وعدم إغفال محاولات التعرّض للنقد البنّاء والسماح بظهور وبروز المدافعين عــن السياســات الســعرية والنقدية ومراعاة الحيادية قدر الإمكان في اتخاذ القــرارات (Laissez Faire)، وتحاشي الاصطدام بقوانين الضرائب والرسوم واعادة التوزيع والهيكلة لتتواءم الوضع العام للتجارة والتعاملات الاقتصادية المحلــية والإقليمية الدولية وانعكاساتها والمؤثرات مع ضرورة دراسة جميع المؤشــرات ذات العلاقــة بهذه السياسات والانتقادات عليها لمحاولة إجراء الــتعديلات واتباع الخطوات التصحيحية اللازمة للإبقاء على التوازن وعدم الوصول سواء للإنتاج الكبير (Over or Mass Production) و /أوالزائد عن الحاجة والحدود المطلوبة، على أن لا يقل الانتاج عن الــحد المخطــط لــه (UnderProduce)، ومــع الإحاطــة بأهمية الندرة لبقاء الإنتاج عاليا ونوعيا وبــالحدود المعقولــة وعدم التأثير على الأسعار والسياسات المالية والنقدية لتحاشي التقلّبات غير المرغوبة (Keeping Knowledge Scarce)،(م ١٣).

(٢) – الــتطور التقني للسلع والخدمات المنتجة – كلما تطورت المنتجات المعروضــة تقنــيا أصبحت مطلوبة أكثر وتلبي احتياجات المستهلك

وتحـــافظ على أسعارها لانها تتمتع بالجودة والمواصفة العالية والعمر الأطول ٠٠٠٠٠الخ٠

(٣) – **توقعـــات المنتجيـــن** – وتعـــتمد فـــي الغالـــب على العوامل النفسية للمســـتهلكين وتوقعـــاتهم للســـلع والخدمات المنتجة والسلع والخدمات البديلة في المستقبل من التطور وزيادة الأرباح ٠

(٤) – **أسعار السلع الأخرى (المنافسة)** – ويعتمد في ذلك على دراسة الســـوق وموجوداتـــه مـــن السلع والخدمات من حيث الجودة والمتانة والعمـــر الخدماتي، وعليه أن ينتج في هذه الحالة سلعا وخدمات ذات مواصـــفات عالـــية الجودة متطورة ومتميزة عن السلع الموجودة في السوق ولوبخاصية متفردة عن غيرها من السلع.

(٥) – **تكالـــيف الإنـــتاج** – دوام واستمرارية المحاولة للإقلال من الكلفة الـــزائدة مـــع الاستفادة من التطور التكنولوجي والعروض المقدمة من الخصـــم والحسم (كخصم المدة أوالكمية) لتطوير الإنتاج السلعي مع المحافظة على مقاييس الجودة ما أمكن ٠

(٦) – **العوامـــل الثقافية والحضارية** – على المنتج أن يراعي حضارات وعادات وتقاليد وثقافات واديان المنطقة الجغرافية التي يخدمها وعلى أن تكـــون ســـلعه و خدماته مطلوبة ومتوافقة ومعتقدات أهل المنطقة المعنية بالإنتاج ٠

(٧) – **العوامـــل الدوريـــة أوالموســـمية** – على المنتج أو مقدم الخدمة كالخدمات الصحية دراسة السوق قبل قرار بدء الإنتاج لأية سلعة وان

يــدرس نوعــية السلعة وملاءمتها ومدى توافقها مع الموسم وهل هي موســمية وان يكون الإنتاج قبل الموسم وطرح منتجاته بالأسواق في الوقت المناسب لأن الطلب عليها وسعرها يكونان بازدياد في مواسمها المحددة بالكميات والجودة المناسبة لهذا السوق أو ذاك للمحافظة على مستوى الطلب الفعال لها ٠

(٨) – **أثــر الإعلانــات التجارية** – على المنتج أن يلجأ في الغالب الى مبدأ الــترويج وتكثــيف الحملات الدعائية والترويجية حول منتجاته التي ستطرح بالأسواق وعمل الدعاية اللازمة للتسويق بطريقة فنية و ذكية لضمان الإقبال المأمول عليها (م٦) .

ما هوالعرض ؟ :-

يعرّف د.أحمد فراَس العوران في كتابه الاقتصاد الجزئي (م ٦) العرض بأنــه : قائمــة أو مجموعــة الــنقاط المحددة للعرض من خلال المنتجين والســوق (Schedule) أسعار عدة ولكميات متعددة من السلع والخدمات وخلال فترة زمنية معينة (سنة) مثلا ويمثل ذلك القوة السعرية والمخرجات (Out puts) لهذه السلع والخدمات .

لهــذا فإن منحنى العرض ينتقل إلى أعلى أوالى أسفل إذا زاد أوقل السعر مــع ضرورة عدم إغفال عامل الزمن، و ذلك لتتمكن المنشأة (أوالمستشفى) مــن تعديــل أوتصويب أوضاعها كلما دعت الضرورة لذلك للمحافظة على نوعــية ومســتوى وكمــيات الإنتاج والمعروضات وعلى المديين القصير و/ أوالطويل، فيكون شكله على المدى القصير ثابتا نسبيا ومخرجاته متغيرة

نتيجة لتغير أحد عناصر الإنتاج أوبعضها كالعمالة والمواد الخام مثلا، بينما على المدى الطويل يلاحظ أن منحنى العرض يكون منفرجا في شكله (**More Flatter**) لكمية محدودة من المخرجات لأي نظام صحي، بمعنى أن يكون أكثر مرونة مما هوعليه في المدى القصير (م ١٤)٠

كلّ ذلك قد وضع الباحث في وضع تحدِ قلق من ضرورة ايجاد علاقة ما للحـــد من عوامل الهدر في الانفاق وتحديد الكلفة للخدمات الصحية واحلال عناصـــر أومؤثـــرات محل اخرى للتوصل الى الهدف الكبير المنشود لذلك لمعت للباحث فكرة دمج بعض مبادئ ونظريات المدارس الكلاسيكية التقليدية والنظريات الحديثة كالنظريات اليابانية النموذج أو (موديل –P) والنموذج الفرنســي والأمريكــي فـــي الادارة الحديثة، (م١٤) ؛ مما ادى للخروج بالنموذج الموضّح ادناه :

الفرضية المقترحة

فرضية: (الإحلال الفعّال للتغّير في الكلفة والمنفعة والإبدال)

إذن لابد من استخدام أواستحداث فرضيات تطابق وتعالج الواقع للوصول الى فرضية تحليلية جديدة في تحليلها ومفهومها وانعكاساتها، والتي أسماها الباحث هنا بنفرضية:

الإحـــلال الفعّـــال للتغـــيّر فـــي الكلفة والمنفعة والإبدال (Theory for Substitution change in utility & cost effects project)، ولتوضيح هذه الفرضية يتوجب ملاحظة ما يلي :-

الفرضية :-

تــتلخص الفرضـــية بإدخال التعديلات على عملية الإحلال الفعّال للمنفعة والتكالــيف لقطـــاع الخدمات الصحية المتغيرة (الحدية) وتعظيمها المنفعي التدريجـــي مقـــرونا بعمليات الإحلال والإبدال وقياس الفعالية وتحديد حجم المـــنفعة والجودة رقميا و(إحصائيا) ، و ذلك من خلال الاشتقاق الرياضي، والممارســـة التطبيقـــية والعملية، وبحث الآثار الإيجابية والسلبية على سوق العمل الصحي (كالعمالة والتخصيص والتخصص وتحديد التكاليف والعوائد واستبدالاتها وتقييم المنفعة حجمها وفعالية ادائها وأداء بدائلها) .

المقدمة والمناقشة واستعراض الفرضية المقترحة :-

وتدور حول التساؤلات في :-

- لماذا هذا الطرح ؟
- ما هي الحاجة الى الطرح ومتى ؟
- كيفية تفعيل الكلفة والمنفعة ؟
- ما هي آلية الإحلال والإبدال الفعّالة المقاسة بالمنفعة الحدية ؟
- مـــا هو الهدف الرئيس واثره على النظام الصحي، والبحث في الأهداف الخفية ومحاولة تحقيقها :

كالحد من الوفيات، إطالة توقع العمر، الوقاية من الأمراض والإقلال من نســبها، والبحـــث فـــي العوامل المؤثرة على صحة الإنسان، ومحاولة رفع

المستوى المعيشي والظروف البيئية لتتلاءم وتطلّعات البشرية نحو الأفضل) مـــع مناقشـــة وبحث محددات الفرضية ثقافيا واجتماعيا واقتصاديا وسياسيا وتاريخيا ....الخ.

وللإجابـــة عـــن مـــثل هذه الاستفسارات للرد على الكلفة العالية والزمن المهـــدور وقلـــة العوائـــد المرجوّة، وجد لزاما ضرورة تصويب الأوضاع للوصول بالادارة الاقتصادية الصحية خاصة وتعظيم منفعتها وسرعة تقديمها لمحتاجـيها بأقل الأسعار والتكاليف للمستهلك وبأعلى عوائد لمقديميها عامة، مـــع المحافظـــة على توازن سوق العمل الصحي والإبقاء على أعلى إنتاجية ممكـــنة، ممـــا يزيد بالمحصلة من نسبة الدخل الحقيقي للمؤسسات الصحية ويســـمح للعامليـــن بهـــذا القطاع بشراء ما يريدون من احتياجات و خدمات ضـــرورية لهم بما في ذلك مراعاة أوقات راحتهم وتحديد ساعات عملهم، – وســـيبحث الباحـــث ذلـــك بشيء من التفصيل لاحقا، ولا يتم تحديد كلّ تلك العناصـــر والمحددات إلا من خلال إجراء الدراسات الإحصائية والمعيارية و/ أو الدراسات الإكتوارية لبعض هذه المحددات والعناصر.

أما عن ماهية الحاجة لذلك، فالهدف يتركز في تحقيق أعلى إنتاجية ممكنة بـــأقل الأســـعار والتكالـــيف والبقاء دوما على قمة منحنى الإنتاجية وتحقيق المـــنفعة والوفر الاقتصادي المطلوب، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال السيطرة والـــتحكم بعوامـــل قيام السوق (السوق الصحي) وعناصره والقائمين عليه واثـــرهم ومقـــدار الدخـــل الصافي المتحقق منه، خصوصا أسواق الخدمات الصـــحية وصناعاتها بشكل موضوعي محاولين تحديد الاختلافات والبدائل وعناصر الإحلال مقاسة بالكلفة ومقسومة على الدخل المتحقق عنها، وتحديد الفـــروقات والعوائـــد المادية والمالية سالبة كانت أم موجبة مع بيان وتعليل

السـبب مبيـنا حجم الذوق والرغبة والحاجة، مع ضرورة تحديد المعوقات الناشئة مع كل مرحلة على حده إن وجدت ؛ ومحاولة سد الثغرات (Lags) و ذلك بإجراء التعديلات أوالتغييرات المطلوبة (تحديد السلبيات أوالمثالب) وايجاد الحلول اللازمة سواء لجانبي الطلب أو العرض وادواتهما.

أما عن ماهية الآلية المستخدمة لتطبيق فرضية الإحلال والإبدال الفعّالة والمقاسة بالمنفعة الحدية وغيرها من الأدوات الموصلة للهدف المرجو منها، أي بمعـنى بحث الكيفية لصياغة الفرضية المناسبة والأسس والمعايير، هي تفسـيرات أو اجابـات مقـترحة أو مؤقتة يضعها الباحث لتمثيل علاقة بين متغيرين أو اكثر مستقل أو تابع، طرديا أوسلبيا أو عدم وجود أي ارتباط أو كـون الفرضـية مباشرة أو صفرية، العلاقة المباشرة تؤيد وجود الفروق والصـفرية ولا تؤيد وجود الفروق الإحصائية مثلا لأن قياسها والتحقق منها ممكـن و حـتى تكـون الحلول المقترحة محسوبة مسبقا (كالمعرفة المسبقة والواسـعة التخـيل والجهد المبذول، واختبار الفروض والاستنباطات) يجب اتـباع خطوات المنهج العلمي في الدراسات الاكتوارية للتوصل الى النتائج المنطقية والمقنعة عقليا ورياضيا حسب المنهج الاقتصادي.

التحليل الإحصائي والرياضي :-

اسـتخدام الباحث الحاسب الآلي (برنامج SPSS) لتحليل وتدقيق البيانات بعـد إدخالهـا ومن خلال إجراء المقارنات للبيانات المدخلة مع الاستبانات المسـتعملة فـي الدراسة وبعد تصحيح الأخطاء وتحليل خلاصة المقابلات للوصـول للنـتائج المتوقعة والتي تحقق الغاية للفرضية والتطبيقات النظرية كـالإبدال للكلـف والمـنفعة مع الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة. ومن ثم

اســتخدمت طــريقة التحويل اللوغاريتمي الطبيعي في تحليل نتائج الدراسة وذلــك لتصـــحيح الالـــتواءات في توزيع النتائج لتكون متقاربة مع التوزيع الطبيعـــي والمعياري في آن معا (Normal Distribution with Standards)، كما تم التوصل لاحتساب المتوسطات الهندسية والحسابية والوسيط الحسابي من خلال استخدام المعادلات الإحصائية المتعلقة بالدراسة.

وقـــد اختـــيرت الـــدّوال الرياضـــية للدلالة وايجاد العلاقة بين متوسطين باســتخدام دلالـــة الفحص (ت) – (T-TEST) واستخدمت أيضا معادلات مربعات معاملات الأرتباط (2x& R2 = Multiple regression) مربع كاي كمـــا فحصـــت النـــتائج بواسطة طريقة أنوفا (Anova-Test) مع بعض معـــادلات الدراسات الإكتوارية التطبيقية(Auctorial Studies) القابلة للتطبيق علـــى بعـــض موضوعات الدراسة وتعديلاتها، وقد استخدمت أيضا طريقة الفحـــص التأكيدي بطريقة الاختبار المتعدد المدى المسماة طريقة(Scheffe Test).

نتائج الدراسة للفرضية المقترحة

١-زيادة في معدّلات تغطية الأيام المرضية الإضافية للإقامة في المستشفيات المشـــمولة بالخدمـــات الصحية زيادة في الاطمئنان على صحة المرضى المؤمنين صحيا مما يزيد في كلفة الإنفاق الصحي ولكن بشكل محدود جدا إذا ما أحسن الاستخدام، وبنسبة ضئيلة لا تتعدى جزءا هامشيا بسيطا من إجمالي عوائد صندوق التأمين الصحي (الفوائد البنكية لأرصدة صندوق التامين الصحي المودعة في البنوك التجارية)

٢–قــدرة نظام التأمينات الصحية على تحويل القوة الشرائية من المواطنين الأصحاء إلى المواطنين المرضى ٠

٣– يلاحــظ أن الإنفاق على الرعاية الطبية قد يزيد إذا نقص عدد المؤمنين صحيا، أو سجل عدد إضافي من المواطنين كمرضى جدد ٠

٤– يلاحــظ وجــود زيادة في عوائد التأمين الصحي إذا وضع نظام حوافز مجــز للأطباء وفنيي المهن الطبية المساندة لتحسين أوضاعهم والخدمات الصــحية المقدمــة و خفض الإنفاق، وأيضا للمشتركين إذا لم يسجل لهم مراجعات مرضية خلال فترة لا تقل عن سنتين إلى ثلاث سنوات مثلا ٠

٥– يلاحــظ أن نســبة مــا ينفق على الصحة من إجمالي دخول المواطنين المؤمنين هي أقل من غير المؤمنين ٠

٦– يلاحــظ أن نســبة مــا يــنفق على المرضى لا تتعدى العشرين بالمائة (٢٠%) من عوائد القطاع الصحي سنويا ٠

٧– الأنظمــة الإداريــة لنظام التأمين الصحي إذا لم تكن فاعلة ومنظمة قد تقود إلى سوء الاستخدام والإقلال من العوائد والمنافع ٠

٨–يلاحظ أن كلفة الخدمات الصحية عموما للمرضى المشمولين تحت مظلة التأميــن الصحي تكون عادة أقل من عدم وجود نظام للتأمين الصحي أو الاشتراك به ٠

٩– ملاحظــة قــدرة المؤمنيــن صــحيا إجمالا على الدفع وتغطية الفاتورة الصحية، وتمكنهم من القدرة على الإنفاق على الخدمات الصحية ٠

١٠- ملاحظة أهمية التوزيع الجغرافي السكاني وإمكانية الوصول للمواطنين في مواقعهم وأماكن سكناهم، خصوصا سكان البوادي والأرياف ٠

١١- ملاحظة توفر ميزة التأمين الطوعي الاختياري أو الجماعي (Voluntary and collective groups) في الأردن كما في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوروبا الغربية خصوصا لكبار السن نتيجة لانخفاض معدلات دخولهم، حيث أن الراتب التقاعدي في دولة كالأردن أقل بكثير من راتب الموظف الذي لا زال على رأس عمله (قيد الخدمة) مقارنة مع الدول المتقدمة .

١٢- ملاحظة محدودية انتشار بيوت خدمة المسنين ذات الخدمات الفندقية، ومراكز الإعاقات في الأردن مقارنة مع دول أوروبا الغربية

(Hospitalization benefits of nursing homes، and handicapped people centers).

١٣- تعدد مصادر تمويل التأمين الصحي وتطويرها مع ربطها بالأنظمة والقوانين الداعمة وتحديثها دوريا لتلائم المنتفعين ومزودي الخدمات الصحية، من خلال تحويل نسبة من الضرائب المفروضة على السلع والخدمات الكمالية، ومداخيل الصناعة السياحية لرفد ودعم جانب الطب السياحي العلاجي وتأميناته الصحية وتطوير مثل هذه الخدمات في البلاد (كالأردن) ٠

أبرز توصيات الدراسة :

محاولة دعم النظام الصحي والتأمين الصحي من خلال :-

١= (أ) تطويـــر بـــرامج تخطـــيط قطاع الخدمات الصحية (Plant health services) ٠

(ب) تعظـــيم اســـتثمار الفوائد الطبية وعوائدها كالرديات والتعويضات والتأميـــنات الصـــحية من شركات و/ أو وكالات التأمين المحلية أوالدولية .

(ج) زيادة مساهمات الوكالات والمؤسسات والجمعيات الخيرية الرسمية والخاصـــة المحلية والعالمية في مجالات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية.

(د) زيادة معدلات النموالاقتصادي والتجاري مما يزيد من مخصصات و حصص عوائد ومنافع التامين الصحي ٠

مـــا زالـــت الانظمة الصحية قيد البحث والتطوير والدراسة وعلى طاولة بحث المفاوضات الجماعية للهيئات المختلفة (Collective bargaininng groups) لمصلحة المرضى وتجاه مساهمات المستخدمين المشاركين بالتأمين الصحي والاقـــتطاعات من ضريبة الدخل و ذلك لزيادة وقوة الترابط الاجتماعى، مما لذلـــك مـــن كبير الأثر والانعكاس على تقدم وفاعلية وتفعيل أنظمة الصحة العامـــة وقائيا وعلاجيا إضافة للآثار الإيجابية المترتبة على ذلك تجاه المجتمع نتيجة للدوافع الإنسانية، مثلما حدث في الأردن قبل عدة سنوات (١٩٩٨ م) مـــن زيـــادة في نسبة المشاركة لحصة التامين الصحي المقتطعة من رواتب موظفي الحكومة المشتركين بنظام التامين الصحي من (٢ % إلى ٣ %) من الدخل الإجمالي(الرواتب) وبقرار حكومي مع محاولة الحكومة سد أي نقص

في اليد العاملة الصحية من خلال استخدام نسبة محدودة من ذوي الاحتياجات الخاصة غير المعيقة للعمل .

٢= ملاحظة الاهتمام الحكومي بميكانيكية السوق الخدماتي الصحي، من خلال طريقة أو آلية عمل السوق وتقديم الخدمات والنوعية المتميزة وبرامج الوقاية الصحية وتفعيل برامج التمويل وشراء وسائل الخدمات المتطورة تقنيا لجعل الأردن بلدا متقدما في الصناعة الصحية الوقائية والعلاجية في المنطقة (منطقة الشرق الأوسط) لجعلها رافدا اقتصاديا واستثماريا هاما . فقد أبرمت العديد من الاتفاقيات الصحية بين الأردن ودول عربية عدة واجنبية مجاورة أو قريبة لتغطيتها صحيا وأبرمت اتفاقيات التبادل الصحي مع دول أخرى متقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة، مما يعود على البلاد وعلى صندوق التأمين الصحي تحديدا بالدعم والفائدة الاستثمارية .

٣= إعداد الأبحاث والدراسات الصحية لتحسين نوعية الخدمات الصحية والعلاجية وربطها مع الدول المتقدمة كما أسلفت الدراسة و ذلك عبر الربط المباشر مع بعض المراكز الصحية المتقدمة عالميا كمركز مايوكلينك في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها، ومن خلال شبكات الإنترنت أيضا .

٤ = تفعيل برامج الرعاية الصحية الأولية كحملات التطعيم الوطنية للوقاية من الأمراض السارية والمعدية مما يعود على المجتمع بالفائدة كي يصبح مجتمعا صحيا و خاليا من الأمراض وهذا بدوره ينعكس على

الاقتصاد الوطني ويخفف من النفقات الصحية الكبيرة التي تثقل كاهل الدولـــة وتحقــق وفــرا اقتصـــاديا يمكن استغلاله في مناحي وبرامج إقتصـــادية أكــثر نفعـــا وتقلّل من كلف المشاريع الاقتصادية وتكون المخـــرجات للصــــالح العـــام، ممـــا يؤكد ويرسّخ معدلات التوظيف والاستخدام الأمثل للموارد الاقتصادية عموما والصحية خصوصا ٠

٥ = تفعيل نظرية أوقات الراحة خصوصا للأطباء (Leisure time) العاملين فـــي حقل الرعاية الصحية العلاجية ليتجدد العطاء والنشاط في العمل فالطبيـــب الـــذي يعمل لساعات طويلة دون التمتع بأوقات الراحة فإن عطاءه وانتاجيته تقل، وعليه فإنه ينصح بتخصيص أوقات للراحة أثناء ساعات العمل اليومي ليبقى منحنى الإنتاجية متصاعدا لا انحدار فيه٠

٦ = اســـتحداث قوانين لدعم قطاع الصحة (الدعم الحكومي) كالاقتطاعات الضـــريبية، والمـــنح الصـــحية الدولية والمحلية، واستحداث البرامج الصـــحية للارتقاء بالصحة نوعا وكما من خلال الدراسات والأبحاث الصـــحية والطبية والاستفادة من خبرات الخبراء الصحيين (Health veterans) فـــي مجـــالات الصحة العلمية البحتة والتخطيط الإداري ورســـم السياســـات الصـــحية، وسياسات ترشيد الاستهلاك الصحي، وتفويـــض الصـــلاحيات والمسؤوليات وعدم التشبث بسياسة الإدارة المركزية في القرارات واتخاذها كتغطية شريحة الفقراء (Medicaid System) بقوانيـــن وانظمـــة خاصـــة بالتأمين الصحي وعدم السماح لمقولة (على الفقير أن لا يمرض !؟) بالانتشار – السائدة في بعض الـــدول الفقـــيرة – (Indigentpersons must not become ill)، وهذا

تمكيــن للعدالــة الاجتماعية من أن تنتشر وتعم البشرية وتنشر رداء خيرها على الإنسانية صحةً و حباً ورفاهاً وعطاءً .

محددات العرض للخدمات الصحية والعلاجية : -

العوامل التي تحدد العرض للعاملين بالخدمات الصحية (مقدمي الخدمات) لطالبــيها (متلقي الخدمات) ومميزات و خصائص هذه الخدمات، والخدمات الصــحية المســاندة وكلفتها وصحة الدواء وكلفته (كل ما يمكن تقديمه من خدمــات صــحية وعلاجية)، فالعوامل المحددة للعرض للخدمات الصحية يمكن تلخيصها كما يلي:-

١- عوامــل الجذب الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية من أطباء وتمريض والخدمات المساندة الأخرى كافة.

٢- عوامل اختلاف الدخول وتفاوت الأجور لمقدمي هذه الخدمات والمنافسة خصوصــا عــندما تكون الأعداد المتقدمة لسوق العمل الصحي كبيرة ولمعظــم الاختصاصـــات فتمكــن الإدارة من حرية الاختيار للكفاءات وعملــية تحديد الأجور، كما هو في سوق العمل الصحي الأردني حاليا ومنذ أكثر من عقدين من الزمان .

٣- تعــدد واختلاف الوظائف ومزاياها وتحديد الأجور والرواتب و خفض الــنفقات مع توفير أنظمة الحوافز والامتيازات الجاذبة للوظائف الرديفة والــبديلة لــتأدية الخدمات المطلوبة نفسها مع تفاوت أجورها (خفض الــنفقات الصــحية وتحقيق عوائد أكبر)، و ذلك من خلال إبرام عقود العمــل التــي تلــزم المســتخدم (الموظــف) بالعمل طيلة فترة العقد

وبالشــروط نفسها سواء من حيث طبيعة العمل أو الوظيفة أو الامتياز والموقــع وتحديــد الأجور والعلاوات والبدلات وغير ذلك من شروط تعاقديــة لضــمان تقديــم أفضل خدمات صحية ممكنة لإكساب المنشأة الصــحية (المستشــفى) مثلا السمعة المتميزة والربحية العالية والعدد الأكــبر مــن المرضى مع التميز بخدمات صحية متفردة وعالية التقنية والجودة خصوصا التشخيصية كأجهزة أل: (CT Scan, Gamma MRI knife special surgery) ...الخ .

كــل هذه العوامل تعمل على تحريك منحنيات العرض وانتقالها إلى أعلى أوالى أسفل ومحددة بمقدار هذا التغير، و / أوالانتقال كمؤشر لقياس الأسعار وقــدرة المرضـــى على الدفع مقابل هذه الخدمات ؛ فقبل الإقدام على طلب وتوظــيف مثل هذه الخدمات يتوجب أولا وقبل كل شيء عمل دراسة وافية للجــدوى الاقتصـــادية وللسوق، ووضع كافة الاحتمالات والحلول والخطط والمشروعات والحلول البديلة كي يتمكن الإداريون من اتخاذ القرار المناسب مثلا لشراء هذه التقنيات العالية الكفاءة والباهضة الثمن أيضا .

والســؤال الــذي يطــرح نفسه هنا هو : هل عوائد استخدامات مثل هذه التكنولوجــيا المــتطورة والباهضة الكلفة والصيانة والكلف التشغيلية مجدية اقتصـــاديا ؟ وهل لدى الناس (المرضى) القدرة الكافية على الدفع والاقبال علـــى مــثل هذه الخدمات المتميزة ؟ - قبل أو بعد تدخل الطبيب - ذلك أن الطبيب هوفي الغالب من يحدد الطلب ! ؟

عــندما تكون الكلفة الإنتاجية عالية وبازدياد فإن ذلك يؤدي الى خفض العــرض ونقل منحناه للأسفل (فكلما زادت الكلفة الإنتاجية، انتقل منحنى العرض للأسفل وبالمقدار نفسه ٠) (م٩،) .

هذه النظرية تنطبق أيضا على سوق العمل الصحي، فكلما زادت الإنتاجية للخدمــات الصحية فإنه يتوقع للعرض أن يزيد وللطلب أن ينخفض وينطبق أيضــا المبدأ نفسه الذي يعزز القول بأن زيادة الكلفة تؤدي إلى نقص الطلب الذي يؤدي بدوره الى انخفاض العرض، مما يساعد في نقل منحنى العرض للأسفل ولعلاج مثل هذه الظاهرة يمكن زيادة عدد ساعات العمل الأسبوعية، ولكن ذلك ليس بالحل الأمثل فله عيوبه أيضا (م ٢١).

التحليل الفني "الاقتصادى والإداري" للخدمات الصحية :

من خلال المناقشة ونتيجة لبحث ماهية الحاجة ومتى، وعن كيفية تفعيل كلفــة الخدمات الصحية عموما والمنفعة المتوخاة، وجد الكاتب أن التغير في معدلات الأجور والرواتب، أي دخول العاملين في القطاع الصحي تعتمد على طبــيعة المهــن والعوائد المادية لها من حيث اختلافاتها أو تذبذباتها وكلف أذواق المستهلكين للخدمات الصحية ومقدار ما يدفع مقابل هذه الخدمات (أي قدرتهــم علــى الدفع) ؛ ولاحظ أيضا عدم وجود المنافسة الحقيقية بوضوح لــدى بعــض المهــن الصحية واعتبر ذلك حائلا أوعقبة أمام الإختيار الحر للمهن الصحية، كما لاحظ أيضا وجود بعض الفروقات الانتقالية ما بين هذه المهــن نتــيجة لعــدم توفر التوازن في التوزيع و / أوالندرة لبعض المهن الصــحية ســواء مــن حيث الطلب أوالعرض أحيانا، مثل وجود الفروقات

الانتقالــية مـــا بيــن المهن الصحية، كذلك يلاحظ وجود الفروقات أيضا في نوعــية العمــل وتحديد ساعاته وطول وقتها واجورها وانعكاسات ذلك على الإنتاجية وفعاليتها .

وبمـــا أن التغيــير في ساعات العمل سواء بزيادتها أو انقاصها أوتبديل مواعــيدها بشكل غير مدروس جيدا يعتبر قرارا غير صائب، فلذلك يستنتج بــأن منحــنى العرض للعمالة الصحية سينتقل للأعلى لأنه كلما ظهرت أو طــرأت زيادة على طلب رفع الأجور فإنه نظريا يلاحظ أن عملية الإحلال الفعّال للتكاليف المتغيرة وإشتقاقاتها الرياضية تترك آثارا إيجابية على سوق العمــل الصــحي والعلاجي تحديدا خصوصا من حيث العمالة المتخصصة والمدربــة، فبعد وضع وتحديد الوصف والتوصيف الوظيفي والتخصيص أو التحصــيص أي التقســيم علـــى أساس الحصص مع تحديد الكلف والعوائد وطرق الاستبدال ضمن الاشتراطات المقرة إداريا حسب الارتدادات الهيكلية والتنظيمــية السوقية المخططة وتحديد أوقات الراحة المجددة لطاقات العمل لدى العاملين بالقطاع الصحي عموما ؛ والتي ستجعل من ساعات العمل وما يــتخللها مــن أوقات الراحة للعمالة الصحية غالية الثمن والتكاليف للعوائد، فينصـــح بـــالإقلال أو تقلــيص أوقات الراحة بشكل دوري ومبرمج، وعدم إلغائهـــا لإتاحـــة الفرصـــة أمام العاملين بالقطاع الصحي وحثهم على زيادة الإنتاجية مقابل الأجور التصاعدية (كما في شرائح ضريبة الدخل) ولكن إلى حـــد معين لا يتعدى النصف لعدد ساعات العمل الفعلي اليومية مثلا، و ذلك للمحافظـــة علـــى بقـــاء منحنى الإنتاجية المقرون بالارتفاع المطرد للأجر متصاعدا حتى يصل في مداه إلى حد الثبات على القمة أوقريبا منها ريثما يتم

إحـــلال الورديـــة التالية مكان هؤلاء العمال كالأطباء والفنيين وغيرهم من الموظفيـــن محافظيـــن علـــى مستوى النشاط نفسه والحماس للعمل وزيادة معدلات الإنتاجية باستمرار مطرد .

ذلـــك باســـتحداث أوبإدخـــال طرائق جديدة على أطر العمل المعتمدة مع المحافظـــة علـــى مســـتويات الرغبات والحاجات لمتلقيّ الخدمات الصحية بحدودهـــا الدنيا على الأقل وبالكلف المقبولة اقتصاديا ومعياريا لتحديد العائد والمـــنفعة ســـواء الكلية أو الجزئية (لمحدد ما) إضافة الى تحديد الرغبات والمتغـــيرات لمقدار الطلب مستقبلا إلى الخدمات الصحية ب : هل هوطلب كبير أم طلب صغير ومحدود ؟ .

وهـــذه الحالـــة تعـــرف بحالـــة : (**الـــتعادل التفريقـــي أو الاختلافي / Equalizing differences state**) هـــذا بالإضـــافة للاخـــتلافات الحاصلة بمعـــدلات الأجـــور والتعويضات أوالرديّات الصحية لعدم وجود المنافسين أحـــيانا، و حـــرية الاختـــيار الوظيفي المسماة ب : - (**Free choice of occupation**) و ذلك نتيجة لوجود أو حدوث خلل في عوامل ضبط أوتعديل المتغيرات سواء على الطلب أوالعرض للخدمات الصحية العلاجية.

كمـــا هوموجود في القطاع الطبي فعلا، ففي الجسم الطبي يوجد كثرة في أعـــداد الأطـــباء العامين وبعض الاختصاصات العامة سابقا، أما مع بدايات القرن الجديد فقد بدأ التحول بظهور الطبيب العام مثلا بشكل آخر وهوتحوله مـــن الطبيب العام إلى طبيب العائلة بعد خضوعه لبعض الدورات التدريبية، التأهيلـــية وبعـــض الإختصاصات العامة التي بها وفرة كأخصائيي الباطني

العـــام والأطفال والجراحة العامة حيث كان العرض كبيرا والطلب أقل، لكن عـــندما أصـــبحت هذه التخصصات أكثر تفصيلا وتشعبا ودقة أضحت على عكـــس مـــا كانت عليه فأصبحت أكثر ندرة نسبيا من قبل مثل تخصصات الجـــراحة العامة فأصبحت متفرعة بتخصصات دقيقة (Sub specialty) وهي مـــا تعرف بالجراحات الخاصة المتخصصة كجراحة الحروق والتجميل وما يتفرع عنها كالجراحات التجميلية للأطراف أو الوجه أو الترهّل أو الجراحات التجميلـــية للوجـــه، وجـــراحة القلب والأوعية الدموية، وجراحة الأعصاب كجراحة الدماغ وجراحة العمود الفقري وغيرها كأعصاب الباطني واعصاب أطفال، وهنالك بعض التخصصات للمهن المساعدة كالتخدير والعناية المركزة والعـــناية الحثيـــثة (CCU , I C U)، هذه بعض الأمثلة على الشق العلاجي، وينســـحب ذلـــك على الشق الثاني وهوالطب الوقائي وما به من تخصصات رئيســـية واخرى فرعية ومتخصصة وهامة أيضا كالطب المهني والصناعي والبيئـــي والـــتلوث والإصـــحاح البيئـــي ومعالجته وطب المجتمع بفروعها وتخصصــــاتها وتفرّعاتها الدقيقة المتعددة، فهذه المهن الصحية عموما تعتبر نـــادرة نسبيا في سوق العمل الصحي الأردني وبعض الدول المجاورة كالتي أخذت ضمن الدراسة المقارنة وكما هي موضحة في فصل لاحق.

وهـــذا يؤثـــر على طبيعة العمل لهذه المهن ويجعلها غير مرنة خصوصا على المدى القصير أو حتى على المدى المتوسط فتبقى أجورهم عالية نسبيا والطلـــب عليها أكبر ومتزايدا علاوة على مواعيد عياداتها البعيدة والطويلة الأجل (أي مدد مواعيدها طويلة) كي يتمكن المرضى من مراجعة ورؤية الطبيب المختص مما يجعلها تؤثر وتتأثر بالمدارس الصحية (الطبية العلاجية

والطبية الوقائية والرعاية الصحية الأولية وغيرها) توقعاتها الرياضية الحسابية والجبرية والمتوسطات والدوال الرياضية والانحرافات المعيارية وغيرها من المعادلات الرياضة اللاحقة ؛ فبناء النماذج (الموديلاّت) والمعادلات الرياضية مهمة جدا هنا، وبما أن النموذج هوملخص وتبسيط للحقيقة العلمية فمن الممكن ان يكون على هيئة عدة موديلاّت اومعادلات عدة واشتقاقاتها لتفي بالغرض وتكون مساعدة وهذا يعتمد على المشكلة الاقتصادية المستهدفة نفسها ولتحقيق ذلك لا بد من البحث لايجاد أدوات (مخالب – Clues) أو دلائل للتحرّي حول بناء وهيكلية المشكلة الاقتصادية وظروف المتغيرات للموضوعات المطروحة المراد إثباتها، لذلك لابد من الإحاطة بالمعلومات الكافية واللازمة لعقد المقارنات والمقايسات وتوقع الفائدة المرجوّة منها بكل دقائقها وجزئياتها وتعقيداتها وعلاقاتها الناشئة المجموعات والعناصر الداخلة في النموذج المقترح وكأنه المعادلات المرافقة له واشتقاقاتها للتعريف بمفاهيم هذه المقارنات ودوراتها للمنشأة موضوع الدراسة والتنبؤات والتوقعات المستقبلية للسلوك المجتمعي واتفاقياته، لتكون هذه النماذج ومعادلاتها تتصف بالصبغة الرسمية ومعتمدة علميا ومنهجيا ؛ وذلك لتمكين الباحثين والدارسين من الوصول الى اغراضهم كما في معادلة ثبات السعر عند توازن العرض مع الطلب لأي سلعة أو خدمة بوضع العربة أمام الحصان، كإدارة النقود والحصول على أقل أو ادنى سعر لأحسن سلعة أو خدمة ولفترة زمنية معينة (أي وقت الحاجة لها) .

النماذج الرياضية – اشتقاقاتها الضمنية المقترحة وتطبيقاتها :

إن اهم صفه للنموذج المطلوب لتوضيح مبدأ الفرضية المقترحة هي:

الوضـــوح والبســـاطة وتوفـــر المعلومات والبيانات و ظهورها وقابليتها للاســـتخدام الأمـــثل وعدم ظهور النتائج الخادعة أو المظللة وعلى أن تكون محـــددة وقارئـــة للمســـتقبل واعطاء النتائج الأولية مبدئيا بالأرقام والنسب والمعدّلات مثلا .

عـــند عملـــية بناء النموذج أو المعادلة يكون هناك عادة مشكلة اقتصادية وعلـــيها العديـــد مـــن التساؤلات المطروحة أو ان يكون هناك سؤال كبير مطـــروح للـــنقاش ومطلوب الإجابة عليه وهذا مهم جدا فهذه التساؤلات هي التي تحدد وتوضّح أبعاد المشكلة الاقتصادية ونتائجها المتوقعة وكيفية تعديل المســـارات مـــن خـــلال الإجابات الشاملة بالنماذج المقترحة و / أو المعدّلة والملحقـــة بالمعـــادلات التوضـــيحية للمناقشة والإثبات المطلوب الذي يخدم القضـــية المطـــروحة موضـــوع البحـــث والدراسة والنقاش لتعكس الحقيقة ولتوضّح الخصائص والمميزات المثالية للحلول المنطقية والعملية (المقبولة عقليا) المتوقعة والمقترحة ؛ لانتهاج السياسات العملية ورسمها بدقة واتخاذ القـــرارات المناسبة والحكم عليها : يجب توخي التعددية والتجانس ما أمكن والدقـــة والشـــمولية للبيانات والمعلومات وسرعة وقابلية الحركة والربحية والمـــنفعة المـــتحققة ومعقولية التكاليف وموضوعيتها على أن تكون تنافسية ومنافســـة للســـلع والخدمـــات الأخرى مع عكسها لسلوك السوق وعناصره الداخلـــة والخارجـــة تمامـــا وبشـــكل مثالي لتحديد مواقع المصادر المتاحة وتحديدهـــا واســـتغلالها الاستغلال الأمثل مع متابعة عملية فحصها المستمر لاختصـــار الوقـــت والجهـــد والمـــال (أقل كلفة ممكنة) وان تكون مشبعة للرغـــبات ومنافسة للسلع والخدمات أومكملّة لها بشكل مباشر أوغير مباشر،

مســـتقل أوغـــير مستقل (تابع)، كلّ ذلك يعتمد على نوع و حجم المشكلة والنماذج والمعادلات المعالجة والتحليل الموضوعي والرياضي للتوصّل الى لحالات التوازن المطلوبة كدراسة العلاقات والمتغيرات والقيم رياضيا .

إن تحديد الكمية المطلوبة مثلا أو المعروضة لسلعة أو خدمة ما كالخدمات الصحية، ويمكن الاعتماد على اشتقاقات بعض المعادلات الرياضية مثل :

B p... Q s = C + D p. − Q d = a

b p = C +d p... P = a –c over d + b − a

t − a - b p = C + d (p) ...(t− p) Qs = C + d

هذه المعادلات تحدد الكميات المعروضه من الخدمات الصحية بناءً على الكمـــيات المطلوبة منها حتى لا يكون هناك فائض في العرض مما قد يؤدي إلى انخفاض أسعار الخدمات الصحية والذي قد يقود بالتالي إلى تدني مستوى النوعية المقدّمة مثلاً .

b.... To get P1: + c + DT over d − P = a

.c + DT over d + b − and P2 = a ... c over d + p − P1 = a

c over d + b − c + DT over (d + b) - (a − a) = P1 − P2

... ،P1 = D t over D b (increasable − P2

... .D = THE CHANGE ...1 ,2 , 3. Eq.

هذه المعادلات توضّح أيضاً مقدار و حجم تغيّر الخدمات الصحية المقدّمة مع مقارنة أسعارها السعر الأول والثاني وهكذا مع أخذ عنصر الوقت بعين

الاعتــبار، فعند مقارنة خدمتين صحيتين معا يلاحظ أن الفرق بين السعرين (السعر الأول مطروحا منه السعر الثاني يساوي مثلا (س – ص) + التغير فـــي الوقت مقسوما على مقدار التغيّر في الخدمة (ب) مطروحاً منه الفرق بيـــن (س – ص) ومقســـوماً على مقدار التغيّر في (ب) مع اعتبار عنصر الزمن ثابتاً .

،C Where R= revenue – Pie (proportional equation) = R

.C = cost, P = price, Q = out put

:From the curve you may get

= Change in pie over change in out put squared

D2 C over d .q2 – D2 pie over d Q2 = d2R over d Q2

... .(C = F (Y) ... 5 . Eq

وعند تحديد النسب التقريبية أو المئوية يلاحظ أن :

النسبة التقريبية (باي) = العوائد مطروحاً منها التكاليف بشكلٍ عام ؛ وعند رســـم المنحنيات يلاحظ أن : مقدار التغيّر في النسبة التقريبية مقسوماً على مقـــدار التغـــيّر في الكميات (المخرجات) تساوي مربع التغيّر مضروباً في النســـبة التقريبـــية ومقسوما على حجم التغيّر في مربع المخرجات وتساوي أيضاً = مربع تغيّر العوائد مقسوماً على التغيّر في مربع المخرجات (الكمية) مطروحا منها كلّها مربع التغيّر في التكاليف ومقسومةً على التغيّر في مربع

المخـــرجات، مما يقود بالمحصلة لمعرفة وبيان أن الكلفة = دالّة الخدمة (ل) للزمن (ت) .

حيث D : تعني مقدار التغيّر ، و proportional equation= Pie) تعني أن النســبة التقريبية مضروبة في معادلة التناسب، و P : تعني السعر، حيث أن : (P1- P2) تعني الفرق بين السعرين الأول والثاني، و C : تعني التكلفة و حيث Q : تعني الكمية أوالمخرجات، و (Yt) F هي دالّة (Y) ، وT : تعني الوقت أو الزمن .

حيث ان معادلة التناسب التقريبي تساوي العوائد مطروحا منها التكاليف، ومقــدار التغــيّر في النسبة التقريبية مقسوما على مربع المخرجات يساوي مـــربع الطلب مضروبا في النسبة التقريبية والناتج يكون مقسوما على التغيّر فِـــي مربع الكمية ويساوي أيضا مربع التغّير في العائد ومقسوما على مربع التغيّر في الكمّية مطروحا منه مربع تكلفة الطلب مقسومة على التغيّر.

وتســـتخدم هـــذه الاشـــتقاقات للمعادلات لتحديد العوائد الحدية للخدمات الصـــحية فـــي المستشفيات ولحد معين يستند في قياسه على نسب الإشغال واعـــداد الأسرة ومعدلات الدوران للأسرّة والتشتت المعياري وتتغير هذه المقايـــيس عـــند حدوث الأوبئة والكوارث الطبيعية والصحية فتلك لها خطط للطـــوارئ محـــددة ومعـــتمدة عالمـــيا هذا بالإضافة الى معادلات رياضة واشـــتقاقاتها التـــي وردت بالدراســـة وربطهـــا مع بعضها البعض للخروج بالنماذج والمعادلات الجديدة المطلوبة المناسبة للفرضية موضوع الدراسة ولم تذكـــر هنا في هذا الموضع منعا للتكرار ... لذلك فالمعادلة المقترحة هي :

"التغــير فـــي النســـبة التقريبية على التغير في مربع المخرجات الكلية ... نمـــوذج (١) وهـــو = مـــربع الطلب البديل مضروبا في النسبة التقريبية مقســـوما علـــى الكمـــية البديلة مضروبة في مربع الكمية الأولى ... نموذج (٢) ويســـاوي = مربع الطلب مضروبا في العوائد على الطلب نفسه في مربع الكمية مطروحا منها كلّها مربع الطلب في الكلفة على الطلب في مربع الكمية" . أي :-

(طب)٢ . (ع) - (طب)٢. (ف)

(طب) . (ك)٢ - (طب) . (ك)٢ ... نموذج (٣) .

حيـــث : ط = النســـبة التقريبية، طب = الطلب البديل (الثاني)، ع = العوائـــد، ك = الكمية، ف = الكلفة ونأخذ معدلاً عاماً وتوزع النتائج حسب مربع معاملات الأرتباط الكلية.

فـــإذا كـــان الطلـــب على الخدمات العلاجية في المستشفى (س) العام المدعوم من الحكومة (يستقبل ما معدّله) = ٥٠٠ حالة يوميا وكانت العوائد من هذه الحالات بمعدّل (٢٠ دينار) يوميا لكل حالة فيكون إجمالي العوائد اليومـــية حوالـــي (١٠٠٠٠ ديـــنار) يومـــيا، والكميات الطبية / العلاجية المســـتهلكة بمعدّل = (١٠٠٠ وحدة علاجية) ومعدل كلفة الوحدة الواحدة = (٢٥ دينار) فيكون إجماليها = (٢٥٠٠٠ دينار) مضافا إليها الكلفة اليومية إشـــغال الســـرير اليومـــية وهي بمعدّل (٣٠دينار) يوميا فتكون كلفة إشغال (١٠٠٠ ســـرير) = (٣٠٠٠٠ دينار) مطروحا منها إجمالي العوائد فيبقى هناك عجز مقداره = (٥٠٠٠ دينار) يوميا ويغطى من قبل الحكومة بشكل

تراكمـــي، والا كـــان العجـــز السنوي التراكمي مع الفوائد البنكية المضافة للموازنـــة العامـــة الخاصـــة بالقطـــاع الصـــحي تجميعيا و حسب المعادلة واشتقاقاتها للنموذج (١، ٢، ٣) تعادل تقريبا مبلغ ستة دنانير للسرير الواحد يومـــيا عدا المتحصّل من العوائد اليومية للسرير فتكون الكلفة الحدية للسرير الواحـــد فـــي القطاع العام حوالي (٣٠-٣٢ دينارا) يوميا بينما الكلفة في القطـــاع الخاص هي حوالي الضعف، و حسب المعايير الدولية فمعدّل الكلفة التشـــغيلية للســـرير فـــي المستشفيات يجب أن تتراوح ما بين (٨٥ – ٩٠ دولارا) أي حوالـــي (٦٢ – ٦٥ ديـــنارا) حتى تكون الخدمات العلاجية والفندقـــية وفـــق المعايـــير الدولية، ويقود ذلك لاستخراج معدلات الإشغال والإقامـــة والـــدوران للأســـرّة كمـــا يفيد أيضا في استنباط نسب المرضية والوفـــيات (Mortality & morbidity rates)، ودراســـة الحـــالات المرضية ومؤشـــراتها وانواعهـــا وتصانيفها واعدادها وقياس صحة المجتمع وتحديد أطـــر ورســـم السياسات الصحية، وبناء على ذلك يتم تحديد وسائل العلاج الوقائـــي والبيئي وكلفته المادية وبالطريقة نفسها وهكذا، هذا مع الأخذ بعين الاعتبار ظروف واثار السن التقاعدي للعاملين بالمهن الصحية ومتوسطه ما بين سن ال : (٦٠ –٦٥) سنة للذكور وسن (٥٠ –٥٥) سنة للإناث، مما يجعـــل هؤلاء المتقاعدين يشكلون حوالي ثلث إجمالي عدد العاملين عموما، وهي التي تحدد مقدار الاحلال الفعال للكلف والمنافع واستبدالاتها رقميا بعد ربط نتائجها وقسمتها على مربع معامل الارتباط الوسطي لها.

وكـــل هذه المتغيرات والعوامل كانت قد حدت بالكاتب الى أن يأخذ بعين الاعتبار أيضا :

(أ) – زيـــادة عـــدد ساعات العمل (طيلة أيام الأسبوع)، بمعنى أن أوقات الراحة أضحت قليلة جدا مما أصبح ينعكس سلبا على العمل .

(ب) – عنصر الانتاجية والأداء حيث تعرّف وتقاس هذه في قطاع الخدمات الصـــحية بمقدار أعداد زيارات المرضى الجدد والمراجعين للمرافق الصـــحية مـــن مستشـــفيات وعيادات ومراكز صحية وغيرها لقياس إنتاجية الأطباء والعمالة الصحية عموما .

حيـــث كـــان الاعتماد في العقود السابقة على الطبيب العام فهوالذي كان يحـــوّل المرضى بعد التشخيص إلى أطباء الاختصاص، لكن في أيامنا هذه ومـــع مطلـــع الألفـــية الثالـــثة أصبح الاختصاص الدقيق مطلوبا ولا يمكن الاستغناء عنه، واقتصاديا يسمى ذلك تقسيم العمل نفسه (Labor division) إلا أنه لازال للطبيب العام دور رئيس خصوصا في الدول الغربية والدول ذات النظام الصحي الانتقالي (Transitional Health System) كالأردن حيث يتم تدريـــب الطبيـــب العـــام فـــي مجـــال طـــب الأســـرة أو طـــب العائلـــة Familypractitioner doctor) لهـــذا يلاحـــظ بأن العرض مازال مرنا بين الـــتزويد بالأطباء الممارسين الاختصاصيين أكثر من أية إختصاصات مهنية صـــحية أخـــرى وبـــدوران أكثر داخل التخصص العام الواحد، فقد أصبح المتخصصـــون في المجال الطبي الواحد متوفرين بكثرة كاختصاص الطب الباطني ففيه تخصصات فرعية كثيرة فبعد حصول الطبيب على اختصاص الطـــب الباطني العام (Specialist in Internal Medicine) يتخصص بفروع عـــدة وهـــي ما تسمى بالتخصصات الفرعية الدقيقة (Specialty – Sub) كالتخصـــص فـــي أمـــراض الدم، والروماتزم والمفاصل، وامراض القلب

والصـــدر، والغــدد الصــماء، كالســكري وامراض الغدة الدرقية وغيرها كأمـــراض الضـــغط والتوتر الشرياني والنمو وطب الشيخوخة (Geriatric Medicinc) وخلاف ذلك من تخصصات وكذلك تخصصات الجراحة العامة والخاصـــة، وطب الأطفال وامراض النسائية والتوليد وجراحتها والإخصاب والعقم واطفال الأنابيب ....الخ .

فكلما زاد حجم الاختصاص في الحقول الطبية سواء العلاجية أو الوقائية فـــإن منحـــنى العرض يصبح قليل المرونة وهذا ينتج عنه ما يسمى بالندرة النســبية ممـــا يقلـــل أيضا من حرية حركة الدوران بين هذه الاختصاصات الفرعـــية الدقـــيقة، كما ينسحب ذلك القياس على الجانب الوقائي كما هو في الجانـــب العلاجي تماما ؛ فيلاحظ في الطب الوقائي والرعاية الصحة الأولية أيضا الكثافة والزيادة في مثل هذه الاختصاصات الدقيقة فالغذاء اختصاصاته كثـــيرة ومتشـــعبة وكذلـــك الـــدواء والعلوم المناعية والمطاعيم والأمصال والصحة لمدرسيه وتأمين المراحل اللالزامية صحياً والسلامة الصحية عموماً والـــدور الرقابـــي علـــيها بأنواعهـــا وتفـــرعاتها والبيـــئة العامة بأقسامها وتخصصاتها وفروعها المختلفة، فمثلا التلوث البيئي يكون على شكل تلوث الهـــواء أوتلـــوث المـــياه بأنواعه، والتلوث الكيميائي والبيولوجي البكتيري والفيروسي والطفيلي وغير ذلك من موضوعات التلوّث، إضافة الى توظيف المخابر الملحقة والمعدات اللازمة لمكافحة التلوث بأنواعه واشكاله المختلفة فهـــناك العديد من التخصصات البيئية الفرعية لكل جزئية منها ولها أهميتها وهي علوم قائمة بذاتها ولازالت في بلد كالأردن في بدايات تطورها ونموها (في طور التأسيس)، ففي كل يوم يلاحظ نشوء قيام مؤسسة جديدة متخصصة

فـــي مجـــال بيئي معين، أوفي مجال صحي وقائي أوعلاجي و ذلك لمتابعة التطور العلمي والمعلوماتي الهائل فنيا وتقنياً المتسارع في العالم مع ضرورة مـــتابعة أحدث التطورات العلمية و الثورة المعلوماتية ومتابعة ومعرفة أثرها علـــى الإنسان والبيئة وعلى المجتمعات المحلية والإقليمية والأفراد، كلّ ذلك يكـــون من خلال التطوير والتحديث المستمر ومواكبة كل ما هو جديد ومفيد من العلوم وهذا ليس تكرارا بل ايضاحا .

التخطيط الصحي وتحليل النظم الصحية اقتصاديا وإداريا :

فمـــن وجهـــة الـــنظر الاقتصادية يلاحظ انعكاس كل ذلك الكم الهائل من الـــتطور العلمـــي والمعلوماتي والتخصصات الكثيرة والدقيقة على مستويات الدخـــل مـــن حيث الكلفة العالية للمداخلات والمعالجات الصحية والوقائية، فكـــثرة التميز والتخصص يزيد من كلفة الفاتورة العلاجية على الأفراد مما يـــنعكس ســـلبا على القدرة الشرائية وعلى الاقتصاد عموما إذا لم يلازم ذلك نمـــو وزيادة للدخل القومي والدخل الفردي كما هو حاصل في بلد كالأردن حيث لا يرافق ذلك أية زيادة في الدخل العام أو الخاص بما يلائم مقدار ذلك التطور العلمي والصحي .

ولقـــد أحدث ذلك فجوة في الدخل القومي الإجمالي والدخل الفردي لدى المواطـــن ممـــا أحدث خللا وعجزا في قدرته على التعايش مع ذلك التطور التقني والمعلوماتي للقطاع الصحي على وجه الخصوص وحتى على الصعيد الاقتصـــادي العـــام هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يتوجب تركيز البحث واعـــادة النظرفـــي دور مجموعـــة العناصر الإدارية كالتخطيط والرقابة

والتنظـــيم و ... الـــخ، فمن حيث الإدارة الرقابية واحكامها فهي عبارة عن جمـــع المعلومات كي نقارن النتائج الحالية والفعلية مع النتائج المتوقعة، وتتم تلـــك العملـــية بجمع المدخلات (Inputs) من الموارد واستعمالاتها ومن ثم تجـــرى العملـــيات التحليلـــية (Processing)، ثم نحصل على المخرجات (Out puts) والتـــي تتضـــمن النـــتائج وتحقيق الأهداف ، ولإحكام الصفة الرقابـــية يلاحـــظ أنها تمرّ في أربعة مسارات (Loops-4) وتتمثل في : المعايـــير Standards – والقـــياس أوالمقايســـة – Measurementsوعقـــد المقارنـــات – Comparisons، وعمـــل التقيـــيم الإجرائـــي المناســـب – Evaluations ثـــم تتم عملية إحداث التغييرات اللازمة – Doing Changes فـــإذا تم قبول النتائج وكانت مطابقة للمعايير ولباقي العناصر فتكون مقبولة وموافقـــا علـــيها لأنها ضمن الحدود المسموح بها رقابيا . أما إذا كانت غير مطابقـــة فيمكـــن القـــول بأنها مرفوضة، وتتم محاولة التحكّم فيها ومعالجة الموضـــوع مـــن خـــلال المدخلات و / أو العمليات ويتم ما أمكن تغييره وعلاجـــه وهي ما تسمى بتعديل المسار، فإذا كانت النتائج بالمحصّلة مطابقة فإنهـــا تقـــبل واذا لـــم تكن مطابقة فإنها ترفض ويتبقى لدى البحث مناقشة موضـــوع الـــرقابة الموجـــبة المسارات، فإذا كانت النتائج موجبة أكثر من المتوقع وتتعدّى المعايير المرسومة فيتوجب البحث في الأسباب فمن الممكن أن يكـــون لـــلإدارة أو الأفراد أثرهم وحبهم للعمل واخلاصهم وذلك لمنح الحوافز والمكافآت لأن الكفاءات في هذه الحالة تكون أكبر واجدر بالحصول عليها وهوما يدعى بتقوية السلوك ، وهذه العمليات والأنواع الرقابية تخضع لنظاميـــن همـــا النظام المغلق ويكون تدخّل الإنسان فيه ضعيفا أو حتى غير

وارد لأنــــه مبرمج و أوتوماتيكي كانقطاع التيار الكهربائي، حيث يتم تشغيل المولــدات بشــكل أوتوماتيكي، أما النظام المفتوح فللإنسان دور فاعل فيه ولــتدخّله وتعديــل مســاره إن لزم ذلك، واما المعالجات فتضم نظم العمل والتصــميم والقوى العاملة والتكنولوجيا، ويتم التركيز في هذا الموضع على نوعــية وكمــية العمل وقياس كلفته وعوائده، ومن ثم يتمّ إجراء تقييم كامل لـــلأداء لتحديد مواطن القوة والضعف وفي أي المواقع يجب التدخل للسيطرة واحكـــام الوسائل الرقابية للتوصّل للنتائج المتوخاة وضمن المعايير المطلوبة وفــق خطــوات متسلسلة مثل كيفية رسم وتصميم أعمال الرقابة، فيجب أن تكــون الـــرقابة متطورة وغير محدودة وصالحة لكل زمان ومكان وواقعية ومفهومة لمستعمليها وممكنة التطبيق على أرض الواقع، ودقيقة ومناسبة في الوقت ذاته ونتائجها ملموسة .

كما يجب أن تكون العوائد والفوائد مغطية للتكاليف ومربحة اقتصاديا فهي التـــي تراقــب الأمور المالية والإدارية لتكون القرارات جيدة ومناسبة أما بالنســبة لــنظم المعلومات الإدارية فهي عبارة عن نظم إتصالات مترابطة ووظيفتها جمع المعلومات والبيانات وتنظيمها وتنقيحها وتصحيحها وتحليلها وتجهيزها للاستعمال ؛ فمثلا عند مناقشة المعلومات لاستخدمها لأي مستشفى فهي ذات نوعيتين من المعلومات :

الأولـــى : خاصة بكيفية التعامل مع المعلومات الإدارية والمالية كشؤون العاملين والنفقات والتمويل .

الثانــية : خاصـــة بكيفية التعامل الفني طبيا وعلاجيا كالعناية بالمرضى والعلاجـــات والوســـائل العلاجـــية الفنية والطبية – وتتم هذه العمليات على مـــراحل عدة هي : – Application – التطبيق ويتم ذلك من خلال تجهيز التقارير وتعبئتها وارسالها للمركز وعلى النماذج المخصصة لذلك.

- قواعـــد البيانات – Data base وهي إدخال جميع البيانات عن المرضى وتخزينها .
- القــرار Decision – making وهو أمر وسطير ويأخذ عن الكمبيوتر ويســمح للمديـــر مثلا بأن يفكّر يقول ماذا لوفعلنا كذا ؟ كزيادة التسعيرة العلاجــية فمـــا هـــي النـــتائج المـــتوقعة ؛ كذلك عملية إعطاء البيانات والمعلومات الإدارية والمالية (الوضع المالي للمستشفى) .
- المعلومـــات الطبـــية والإحصائية كاستخدام المهنة أو الممارسة لتحسين النوعـــية العلاجية وزيادة الإنتاجية والاستخدام الأمثل، وما هو المطلوب منها للتقييم والتخطيط (م – ٤) .

الطرق الرقابية المتبعة في إدارة المؤسسات الصحية : –

١. الإدارة الخطـــرة (إدارة المخاطـــر) – Risk Management – وتهـــتم بدراســـة المهـــام الخطـــرة (أنظمة الإنذار) كالحريق والكهرباء ونظم الإطفـــاء والطرق والممرات والكوارث وأخذ الاحتياطات اللازمة، لذلك لابـــد مـــن وجود ما يسمى بضابط السلامة العامة في المستشفى ولجنة الســـلامة العامة، وفي العادة يكون أعضاؤها هم من المستشارين كرؤساء الدوائـــر والأقســـام، وعمـــل هذه اللجنة يقوم على وضع خطط الكوارث

والطـــوارئ تحديـــد الأخطار والأخطاء الفنية والمهنية وتحديد الكفاءات والمهارات، وتهتم أيضا بتحسين النوعية والمنهجية لأعمالها .

٢. لجان تحسين الجودة والنوعية – Quality Assurance – وتعمل على مبدأ تحسين الجودة والنوعية ومطابقتها للمعايير الصحية الدولية وتعمل على حمايـــة المؤسســـة الصـــحية من الأزمات المالية وعلى حماية الأفراد والموارد والمصادر الملموسة المزوّدة لها، ومنع وتحليل رموز ومصادر الإصـــابات والأخطـــار والأخطـــاء والحـــوادث تحليلا وتقييما ومعالجة ومتابعة، وتعديل الانحرافات ما أمكن، ثم النظر للمشكلة هل حلّت أم لا ؟ ومـــن أبرز وظائفها عملية تحسين الأداء والتركيز على النوعية المطلوبة للرعاية الصحية واقرارها .

٣. عملـــية احتساب الكلف الكاملة لعلاج المرضى – Case. Mix. Account وهـــي حساب الكلفة الكاملة لمعالجة المرض نسبة للموارد المستهلكة لكل مجموعـــة مـــنفردة، ثـــم احتساب الكلفة على المستشفى للمريض الواحد ويحسب كم كان الفرق المحاسبي، ومن ثم تتم المقارنة مع المعايير فإذا كانـــت مطابقة يكون الوضع جيدا ومناسبا، واذا لم تطابق تبحث الأسباب والنتائج والتوقعات .

٤. عملـــية التحليل النسبي – Ratio Analysis – وهي العملية التي يتم من خلالهـــا تحويـــل المعلومات الموجودة إلى أرقام ثم مقارنتها مع بعضها كطـــول الإقامـــة في المستشفى لتسهيل عملية التقييم والمقارنة، واذا كان المشروع الصحي المقام مربحا من خلال مقابلة نسبة المدخلات مع نسبة

المخـــرجات مـــع النسب المالية الفعلية، واذا كان المشروع يحقق خسارة فيعاد النظر في جميع العمليات الداخلة لجميع المراحل التشغيلية والإنتاجية كتقيـــيم الأداء بالمقارنـــة مع الموارد المستهلكة، وإعادة تفعيل العمليات التشغيلية لمقارنة المدخلات مع المخرجات بالنسبة والتناسب ماليا وإداريا

٥. عمليات البرمجة لشبكات العمل وتسلسلها – Workprogramming– Net – وهي على نوعين هما :

أ – عملية تقييم الأداء حسب نظام بيرت مثلا –PERT – كاحتمالية القيام بعمل معين يستغرق زمنا معينا (وفق جدول زمني) واذا نقصت أو زادت وتخطـــت مراحل العمل هذا البرنامج يجب أن تفسّر وأن يعيد تقييم العمل المطلوب إنجازه.

ب – خطـــة أوشـــبكة العمـــل المـــتداخلة الحرجة – –Cirtical – CPM Method pathmethod وتبيـــن تداخلات ومراحل إنجاز العمل لكل فـــترة زمنـــية وتظهر تداخل الفترات الزمنية مع بعضها من مرحلة البدء و حتى المرحلة النهائية لإنجاز المشروع المنفّذ .

٦. الموازنـــة – Budgeting – وهي أكثر الطرق إستعمالا وتدلل بالأرقام وتمكّـــن مـــن إجراء المقارنات وتستخدم كمعيار وهي أنواع عدة أهمها: المصـــاريف التنفـــيذية (اندخل) ومصاريف التشغيل، ودراسة العوائد، والاستثمارات والمصاريف الرأسمالية وهي عادة لسنوات عدة (تخطيط طويـــل المـــدى)، ثم تتم مقايسة وتحديد الاختلافات لتحديد مدى التباين

لإتخـــاذ القـــرار المناسب، وفي حال إعتراض الإدارات التنفيذية بعض المشـــاكل الإداريـــة أثناء العمل يقوم المديرون التنفيذيون باتخاذ القرار وتقويـــم وتقيـــيم البدائل وإختيار البديل الأنسب مع الأخذ بعين الإعتبار أنواعهـــا نهاياتهـــا وغاياتهـــا، والوســـائل أو الطرق والنشاطات لتحقيق الأهـــداف وتحديد ما إذا كانت هذه النتائج توصّل الى الأهداف المطلوبة وتعـــدّل المسار ؛ وبناء على ذلك يتم اتخاذ الإجراءات واقرار السياسات الإداريـــة والعملـــيات المرافقة من المستويات الإدارية العليا وحتى الدنيا والأعمـــال الروتينـــية كالجداول واصدار الشيكات وتنظيم السجلات، أما الأمـــور الطارئـــة فلها قسمها الخاص بها وهوعادة ما يكون غير دائم أو متكرر ، والديناميكية أو الآلية التي تتبع في مثل تلك الحالات هي التعرّف أولا علـــى المشكلة الناشئة وقيد البحث، ثم تحليلها وإيجاد وتحديد البدائل المقترحة للمعالجة وإختيار البديل الأنسب وفحصه تمهيدا لإختياره حيث أن عملـــية فحص المشكلة والبديل معاً تتضمن إختيار القرار الأنسب بعد تقيـــيم الحالـــة أو الوضع الراهن، وإجراء التقويم والتقييم الملائمين مع الإخـــذ بعين الإعتبار عناصر الوقت والطاقة المبذولة والمصادر المتاحة والكلفة المالية لها، والتأكد من عدم وجود أية مخاطر واضحة أو غامضة تهدد ولوبعد حين بتفاقم المشكلة (م-١٤)

مراحل عمليات التخطيط الإداري للمؤسسات الصحية : -

أضـــحى التخطيط الإداري موضوعات وأهداف ومرتكزات أساسية تعتمد على الخبرات الماضية والحالية العلمية، فأصبح أكثر تنظيما وتحركا وتحكّما فـــي العمليات الإدارية والإقتصادية، فعملية التخطيط بحدّ ذاتها تحتاج لأن

تكـــون مخططـــة ومـــنظَمة من الداخل، وذات خبرة خصوصا في موضوع التخطـــيط الصحي، و ذات خطوات مقبولة وعلمية كالمطبّقة على الدراسات والأبحاث العلمية والعملية، كما يمتاز التخطيط الصحي بعدم الثبات رغم قلّة المصادر، فالتخطيط يواجه الأولويات والطلب والحاجة ويتطلّب المزيد من الأبحـــاث والـــتحدّي، فهـــو إذن عملـــية ديناميكـــية مستمرة تهتم بالتوزيع والتصـــنيف للعناصـــر والجهـــود، ومزودة بإطار عمل و خطوط إرشادية عريضـــة للوصـــول إلـــى المستوى المطلوب من التوازن ما بين المدخلات لمختلف الخطوات المختلفة اللاحقة ؛ ومراعاة محددات التطور لأي نظام أو مؤسسة صحية وضرورة الإستفسار عن المعلومات المجمعة أو المراد جمعها ضـــمن هيكلـــية متوازنة وسهلة التحكّم وملائمة للشروط ومرنة لتمرّ عبر مراحل التخطيط المختلفة .

فـــي أي هيكل تنظيمي لأي مؤسسة صحية ترى بأن الهيئة الإدارية العليا صـــانعة القرار والسياسات يمكن أن تمثّل هيكل القوة السياسي وتطبيق مبدأ تعمـــيم العـــام وتصـــنيف المهنيين الصحيين إلى مجموعات على مختلف تخصصـــاتهم والموازنـــة بين هذه المجموعات بشكل محدد ومنمّط شامل ويؤكّـــد علـــى أهمية تخطيط جميع النشاطات الصحية وملاءمتها لرغبات العموم، كما أن وحدة التخطيط غالبا ما تكون بمثابة الساعد التنفيّذي الرئيس لهيـــئة التخطيط فهي لبَ المجموعة الإدارية ترتكز على الاعتبارات المالية ذات الخلفية الاقتصادية والاجتماعية ليكون التخطيط مبرمجا وهادفا .

إن فعالـــية التخطيط تعتمد على الحركة السهلة والسريعة على المستويين الإداري والتنظيمـــي وعلى قنوات الاتصال لانها مهمة للإبتعاد عن الروتين

وتعقــيداته، ويلاحظ غالبا أن مديرية التخطيط تحتل موقعا متقدّما في الهرم التنظيمي وتتمتع بقدر كبير من المسؤولية والصلاحيات .

بما أن المخططين الصحيين المدربين تدريبا متميزا في الغالب فهم الذين يـــنظّمون بـــرامج تدريبية ودورات تعليمية منهجية متطورة خاصة للعاملين الجـــدد في الحقل الصحي، ومهمتهم هذه تجعلهم حياديين بعيدين عن الأهواء وتعتمد هذه العملية كمؤشر لتحديد الاتجاهات والمواقف العامة خصوصا في المناطق التي ينقصها الوعي والتدريب اللازم لانها تقوم على فرضية التعلم المســتمر السريع والمسؤولية في إتباع أسلوب المناورة – Maneuvers – للخوض في الاختيار الصعب أهدافا وتخطيطا وتحديدا للأولويات على أساس الخـــبرات المكتســبة والــتجارب السابقة وتفاديا لإثارة الرأي العام ضد أية مؤسســـة صحية رائدة، فمن الضروري الاهتمام بعملية جمع البيانات ميدانيا واحصـــائيا لجعلهـــا مـــتوفرة لإستخدامها من قبل المجالس الصحية الوطنية والإقليمية (NHC) فإذا وجد نقص في البيانات فإنه يتوجب عمل المسوحات اللازمـــة حول أنظمة المعلومات لتصويب مسارها وتوثيقها فالتخطيط السليم يتطلّب طرح الزائد من المعلومات والبيانات جانبا واخذ اللازم والمفيد منها .

مرتكزات التخطيط الصحي:

أما بالنسبة للتخطيط الصحي بشكل تخصصي ودقيق فإنه يرتكز على بندين أساسيين هما :

أ) جمع البيانات على الأساس الديموغرافي أولا كعدد السكان المراد إجراء المســـوحات علـــيهم علـــى شـــكل عيـــنات مثلا، وتوزيعاتهم والحدود

الجغرافية، ومعدلات النموالسكاني وتحديد عوامل الزيادة السكانية بشكل دقيق .

ب) أن تكــون المعلومات وبائية – Epidemiological Data – من حيث الــتوزيع و حســب المشكلات الصحية خصوصا في البلدان النامية والانتقالــية – Developing & Transitional Countries – و ذلك بسبب الأزمات والمشكلات الصحية المعقّدة وصعوبة الحصول على البــيانات والمعلومــات الدقيقة كنسب الوفيّات وإنتشار الأمراض – Mortality & Morbidity Rates – فيتم – في هذه الحالة – الإعتماد علــى البيانات المستقاة من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية المعــتمدة عــن الأمــراض المراد إجراء الدراسة عليها وهي عادة مصــادر غــير كافية وغير موثّقة جيدا لإجراء الدراسات والبحوث علــيها مع وجود العوائق الاقتصادية والمادية التي تحول دون عملية جمــع البــيانات اللازمة والضرورية وتجعلها صعبة للغاية، إلا أن المحاولــة دوما أجدى وانفع من الركون لليأس والكسل، ويلاحظ أن أبســط نمــط هــو إيجاد التكلفة المحاسبية – Cost Accounting – الدقيقة للنشاطات الصحية المحددة ، ويغدو ذلك أصعب واكثر تعقيدا عند بروز وتداخل التكاليف غير المباشرة .

أما مع إجراء التحليل الاقتصادي فإنه يفضّل إستخدام نمط إحتساب الكلف المنفعــية – Benefits Cost – والاســتخدام الأمــثل للموارد الصحية – Optimum Utilization – وهي عملية واجبة التطوير لأغراض التخطيط ؛ ولدى مطالعة الدراسة الصحية الحديثة نسبيا للأستاذ الدكتور دون وايت

(Don Wgite) ١٩٩٥م، من جامعة مانشستر - بريطانيا والتي توضّح معـــالم وفوائد نظام الاستخدام للأنظمة الصحية غير المتشابهة حيث نبّه الى الاهـــتمام الشـــديد في وضع المعايير والموازنات الصحية المناسبة للمنشأة الصـــحية العاملـــة، لأنـــه وبدون نظام معلوماتي جيد ومثالي كالترشيد غير المعقول أوغير الممكن ولأن نمط المعلومات المستخدم هو نمط إداري يعتمد علـــى القوى البشرية وعلى مصادر الموارد ووسائلها لتطوير طرق قياس الطلـــب لأنمـــاط الخدمات الصحية المختلفة والمطلوبة، فإنه لن يكون هناك أنظمة صحية واضحة المعالم لمتلقيها وراسمي سياساتها ومتخذي قراراتها.

تحديد نظم الأولويات للخدمات الصحية وبرامجها :

يعتبر ترتيب الأولويات من أهم الخطوات التي يعتمد عليها مبدأ التخطيط لذلـــك يجـــب أن يكون بروية و حكمة و حسب الأولوية الأهم معتمدا على الموازنـــة بيـــن المتغـــيرات التي لها العديد من المتغيرات والعلائق الكمية ومعـــتمدا من أغلب المد يرين الصحيين وهي بمكان القلب منهم، وله العديد مـــن الاتجاهات والمقاييس المختلفة مع محاولة تفادي الأخطاء التي قد تظهر جـــراء الضغط على الاتجاه الواحد، فالأخصائي الوبائي يتجه مثلا في وضع الأولويات بناء على التعريف والتفريق بين الوفيات والأمراض عن المشاكل الصحية الأخرى .

فالاهـــتمام بترتيـــب الأولويـــات يبدأ بوجود الطرق الفنية للسيطرة على الأمـــراض والحـــالات التي تتطلّب العناية والانتباه ، وفي هذا المجال يمكن طـــرح التساؤل حول وجود أطر العمل الإدارية للتزويد بالخدمات والعاملين

اللازميـــن لإتمام أي عمل إداري، فالاقتصاديون يوقعون الضغط غالبا على الكلفة وعادة ما تكون هي العقبة الأساسية، فالسياسة الصحية التي توازن ما بيـــن النفقات في الحقل الصحي التخطيط له وتضغط للعمل على تزويد أكبر قـــدر ممكن من الناس بالخدمات الصحية كمية أكثر من النوعية . وهي التي تكون مزوّدة بالأسس التي تقرر وتحدد ما هو الواجب عمله ويتضمن العديد من الاعتبارات المجمّعة والمتوازنة في تحديد الأولويات من حيث : التعريف الواضـــح للمفاهـــيم الفنـــية للبرامج، ورسم إطار العمل التنظيمي المطلوب والوســـائل والأفـــراد اللازمين للعمل، وتحديد التكاليف ودراسة ومقارنة الوضع المالي والمنافع المتوقعة .

ومن أهم الإصدارات لهذه المرحلة : إقرار المشكلة الصحية وتحديدها فنيا – ذات الأغراض المتعددة – وعقد المقارنة مع المشكلات الصحية ذات الغـــرض الواحـــد، وغالـــبا ما تكون متوقفة على نمط و حكم تحديد الكلفة ومنفعـــتها من خلال ميثادولوجية التخطيط فمن الصعب وضعها في القالب الاقتصـــادي وتحلـــيلها، لهـــذا فإن التخطيط هو الأكثر فاعلية في هذا المقام وخصوصـــا إذا كـــان مـــبرمجا وموجها نحوالنشاطات الكبيرة والعريضة المؤثرة عل شكل دوران وهيكلية المشاكل الصحية، إلا أن التخطيط لأي مشـــروع عـــادة مـــا يكون محددا ويركّز على مستوى عال من النشاطات الموجهة نحو المشكلات الصحية المفردة والأكثر وضوحا .

لذلك فإن بناء وثيقة التخطيط التفصيلية يجب العمل بها على مراحل مؤطّـــرة ومنفصـــلة عـــن بعضـــها، فالأهداف طويلة المدى عادة ما تكون موضّـــحة بدقـــة ومبنية على أسس مرنة للسنوات القادمة مع توقعاتها، فمن

الإصـــدارات الصـــعبة الـــتحديد هـــي إجـــراء التوازن ما بين المركزية واللامركـــزية في التخطيط والإدارة والاحتمالية في الحصول على إنجازات ناجحـــة للخطـــط المفصّـــلة، فهـــي تتزايد مع زيادة التداخل الكبير لعملية الـــبرمجة، فـــإذا كانـــت الوحدات المحلية مثلا قد قدّرت عبء المسؤوليات لـــتطوير البرامج التفصيلية وعلى أساس الإجراءات العامة الموضوعة من قبل الوحدات المركزية، وزيادة في الاستمرارية والنشاط بالمشاركة ستكون أيضا من المهام الضرورية لمنهجية العمل (م – ١٠).

أمـــا إذا تـــم نقـــل الـــتوازن التخطيطي تجاه اللامركزية والمحلية عندها يتوجـــب بـــناء ذلـــك بوحدات التخطيط المركزي لتطوير المعايير وتحسين الأداء، وبما أن المعايير المتبعة حقيقية ومأخوذة من التجارب العملية فستكون في الغالب عشوائية ويمكن توقع التقدّم الرئيسي من خلال الحلقات الفرعية، واما إذا وجّهـــت الجهـــود فقط لجمع الضروري من البيانات فإن المعايير ســـتكون أكـــثر دقة وتطبيقا للخطة الموضوعة وتحقيقا للأهداف الدقيقة التي يمكـــن توقعهـــا لتطوير وضع المعايير معتمدة على التزوّد بالأسس العقلانية للتقييم والمنطقية والواقعية والفاعلية والارتكاز على أرض الواقع وليس على أساس مبدأ الثواب والعقاب في حالة الفشل أوالنجاح .

أمـــا من حيث الإنجاز للخطة فمفهوم التخطيط كنشاط ديناميكي ومستمر فإنـــه يتطلـــب تحقـــيق الإنجازات كي يكون مكملا لعملية التخطيط الصحي الشامل الذي يعتبر وثيقة ويعدّ إنجازه مسؤولية وتعاون بدءا من مرحلة قبول الخطـــة وملاءمـــتها واستعراض البدائل والمقترحات الأكثر تطويرا للعمل والإضـــافة عليه أواستبداله بأفضل منه (كالاختراع الجديد) مع القدرة على

احتواء التغيرات والاحتياجات التقدّمية أوالراقية والجديدة ومن الحكمة أيضا ضرورة الاحتفاظ بعملية التوازن تجاه اللامركزية ما أمكن . والخطوة التالية تكمـــن فـــي عملية التقييم بأنماطه كالتقييم المستمر للعملية الإدارية، والتقييم الزمنـــي (المركّز) والتقييم الذاتي المنظّم كيفيا (KnowHow) والميكانيكية الموضوعية لوحدات الإدارة الصحية .

ومـــن الأمثلة الموضوعية على ذلك هو إجراء التقييم والتحليل لمبدأ عمل الـــنظرية تطبيقيا على أكبر مستشفى عامل في الأردن من مستشفيات القطاع العـــام؛ ونظـــام التأمين الصحي بفروعه وانظمته ومؤسساته العاملة العامة والخاصة .

الفصل الثالث

سوق العمل الصحي

أولا : ما هوالسوق ؟

تعريف السوق الصحي

السوق الصحي هوعبارة عن مؤسسة اجتماعية تتفاعل فيها عوامل وقوى العـــرض والطلـــب لعقد صفقات تجارية تبادلية للسلع والخدمات والتعاقدات مقابل أثمان مناسبة لهذه المؤسسة و بما يرضيها ويخدم مصالحها٠

ولتحقيق ذلك لابد من السيطرة والتحكم بعوامل الإنتاج وقيام السوق على الأسس العلمية بعناصره والعاملين به ومقدار الدخل المتأتي مع تحديد أوجه الاخـــتلاف والتشابه والبدائل المناسبة التي يتوجب إحلالها على أساس الكلف الـــتقديرية والفعلـــية مقارنـــة مـــع العوائد ، آخذين بعين الاعتبار العقبات والمعوقـــات لكل مرحلة من المراحل ومحاولة حلّها معتمدين على التعديلات والتغيـــيرات اللازمـــة واستبدالها واحلالها مضافا إليها الأدوات الضرورية لخدمة شقي المعادلة من العرض والطلب (م ١٣) .

حتى تتم العملية التجارية لا بد لأي منتج أومستهلك ، ولأي سلعة أوخدمة تعـــرض ويتم الطلب عليها من وجود سوق ، وتوفر بعض العناصر اللازمة لقيامه كمعرفة الميكانيكية والآلية ، واهمها :-

(السوق) :-

يحكم السوق مجموعة من الضوابط والروابط للعلاقات التجارية التي تتم في السوق كصفة المكان ، والتي يلاحظ في العصر الحديث أن صفة المكان

قـــد انتفــت جزئيا أو حتَى بنسبة كبيرة ، لأن أغلب عمليات البيع والشراء وإبـــرام الاتفاقيات تتم حاليا عبر شبكات الإنترنت والهاتف المربوط بالفاكس وقد تباع شحنة ما وهي في عرض البحر أوحتى قبل أن يتم الشحن .

ثانيا : العوامل الضرورية لقيام السوق

هـــنالك العديـــد مـــن العوامل الهامة والضرورية لقيام السوق والتبادلات التجارية والخدماتية وخصوصا الخدمات الصحية والعلاجية (كما في الدول النامية) موضوع هذه الدراسة والتي تتلخص فيما يلي :-

- مؤسســـة الملكـــية الخاصة كي تتم عملية البيع والشراء وتبادل الخدمات بأنواعها .
- ضمان حرية التعاقد كي تتم عملية إبرام العقود (Tacit Contracts) وهو (عقد مبرم وغير مكتوب) .
- الـــتفاعل الحر بين قوى السوق ضمن المصلحة العامة لتفادي حدوث أي تسيب تجاري أو خدمي .
- السعي وراء تعظيم المنفعة ، فالمنتج يعظم أرباحه والمستهلك يشبع رغباته وحاجاته من السلع والخدمات .
- نوعـــية وكمـــية المنتج للسوق من سلع وخدمات ، فالسوق ينتج الأسعار ويصـــنفها نتيجة لتعدد السلع المنتجة والخدمات المعروضة ومقدار الطلب الفعّـــال الحقيقـــي عليها ، من حيث قيمتها التبادلية والاستعمالية المقبولة حضاريا ومجتمعيا و / أو دينيا (م ٦) .

ثالثا : أنواع السلع وأجزاؤها : -

السـؤال الذي يطرح نفسه هو : ما هي السلعة أو الخدمة المرغوبة لدى المسـتهلك ؟ وللإجابة عن هذا التساؤل يمكن القول أن السلعة أوالخدمة هي أي شيء له قيمة أوثمن ، بمعنى أن له قيمة تبادلية و / أو استعماليه ومقبول حضاريا ودينيا.

أما أقسام السلع والخدمات فهي من حيث :-

١- الملكية (الخاصة أو العامة) : -

الخاصة : وهي سلع وخدمات متناقصة ومحظورة أي مخصصة لشخص أو أشـخاص معينيـن وتـتآكل مـع الزمـن جـراء الاسـتعمال.
العامـة: وهي سلع وخدمات متناقصة وغير محظورة ويسمى المستهلك لها بالمسـتهلك المـتـطفل (Free-rider) ذلك أنه يستهلك دون أن يدفع ثمنا أو ضـريبة ولا يوجـد هـناك آلية محددة للمنع أو حظر الاستهلاك كالخدمات الصحية الحكومية وصرف العلاجات مجانا ؛ كبقية السلع والخدمات الأخرى المجانية كالهواء وأشعة الشمس مثلا .

٢- الاستخدام ومدده

يستخدم المستهلك العديد من السلع وهي: (أ) استهلاكية ، (ب) رأسمالية / إنتاجية ، (ج) وسيطة، (د) نهائية ، (هـ) أساسية ، (و) كمالية، (ز) خدمية) (وجميعها سلع إما معمرة أو غير معمرة).

٣- توازن السوق:

يـتم توازن السوق من خلال كيفية إتمام العملية التبادلية فيه للوصول إلى وضعية التوازن . فإذا كان هناك فائض (Surplus) سلعي / أو خدماتي في

الســوق الوطني فيمكن للحكومة امتصاصه بتدخلها لشرائه وتخزينه لوقت الحاجــة أو إعادة تصديره أو بيعه ، هذا بالإضافة لوضع آلية مناسبة لأجور العمل • أما إذا كان هناك عجز سلعي وطني (Deficit) ، فيمكن للحكومة أن تــتدخل أيضا وبصورة معاكسة تماما لما في الحالة الأولى للوصول إلى وضــعية أو نقطــة التوازن ، وللحكومة الحرية في الاعتماد على ما يسمى الســقف الســعري، أي تحديــد ســقف لأسعار بعض السلع والخدمات منعا للاحــتكار وتــبعاته ، ولكن ذلك قد يقود إلى نشوء ما يسمى السوق السوداء وهــي أسواق محظورة غالبا لكن بعض التجار أو الوسطاء غالبا ما يجدون مخرجاً فيحتالون على القانون، ومثال ذلك مباريات دوري كرة القدم (كأس العالم) مثلا عند طرح التذاكر لهذه المباريات يقوم بعض التجار ممن ذكرنا بشراء كميات كبيرة منها ثم يقومون بشراء قمصان رياضية خفيفة رخيصة الثمــن يطــبعون علــيها صــور اللاعبين أو أسماء بعض الفرق الرياضية ويبــيعونها كل قميص معه تذكرة للدخول للمباراة ولكن بأسعار باهظة الثمن إذن فالأســواق قــد تــؤدي في الغالب إلى التخصيص الأمثل للموارد ، مع محاولة الحد من الهدر ما أمكن (م٧) •

أدوار السوق

يمكن تلخيص أدوار السوق كما يلي :-

١- الدور التصنيفي Classification Role

مــن خــلال المستهلك وغير المستهلك، وذلك بإعطـــاء الأسواق رمــوزا (numbers Code) لتصــنيفها وتميــيزها وبــيان أدوارها ومهامها وتحديد واجباتها .

٢- الدور المعلوماتي : Informative Role

يتم من خلال الكم الهائل من المعلومات عن السلعة أو الخدمة وعن كيفية تحسينها وتصريفها ٠

٣- الدور التوزيعي Distributive Role

مـــن خلال توزيع الدخل القومي للخدمات والسلع بأنواعها على الأسواق للحصـــول علـــى المـــنفعة (Utility) والرضا والإشباع ، مقداره وحجمه شريطة أن تعادل الثمن المدفوع بها من خلال :-

(أ) – تعظيم المنفعة الكلية للسلع والخدمات .

(ب) – تعظيم المنفعة الحدية – لآخر سلعة أو خدمة مشتراة – ولا يوجد مقياس محدد للمنفعة عموما ٠

حركة ودوران السوق :

أولاً : (الطـــريقة الأولى) وهي كيفية القياس – إن أي سوق في العادة يتصـــف بعدم الثبات في دورانه وميكانيكية عمله – لعدم ثبات عناصره وما يطـــرأ علـــيه من تقلّبات – مثل الركود ، والبطالة وتذبذبها ، وتأثير المكننة والإحـــلال علـــيها وذلـــك مقارنة مع بعض الدول المتقدمة صناعيا ومقاسه بمقاييس :

أ) – السلاســـل الزمنـــية أو الوقتـــية – Time series، ومعدّلات الإنتاجية المـــتزايدة كالمؤثـــرات على الدخل وبعض العوامل الاجتماعية كحالات الـــزواج والطـــلاق والولادات والوفيات والانتحار وسوء التغذية كما في

بعــض الدول النامية المتأخرة ؛ مما يقود إلى ظهور ميزة التخصص في الإنــتاج فــي بعــض الــدول مــتجاهلة – خصوصا مع تطبيق المبادئ والنظريات العلمانية الحديثة الجديدة (الدخيلة) على هذه المجتمعات التي لا تتماشــى ونموهــا وتطورها أهمية واثر الاكتفاء الذاتي والتعاون الدولي والسياســات الدولــية الخارجــية وانعكاساتها على رفاه وتقدم الشعوب ، خاصة أن العالم وفي مطلع الألفية الثالثة الجديدة أصبح أحادي القطبية بعد أن كــان ثنائي القطبية ، وقد يستمر هذا الوضع سنوات عدة قادمة مما يظهــر آنــيا بعــض الفوائد والمنافع الاقتصادية على دول العالم إنتاجيا وخدمــيا ، حيث يتنبأ علماء الاقتصاد والاجتماع الحديث بتدني المستوى المعيشــي والــرفاه الاقتصـــادي بعد عقود قليلة نتيجة للهيمنة والسيادة الاقتصـــادية علـــى الدول النامية ذات الكثافة السكانية العالية من فرض للقيود الاقتصادية والسياسية كالعقوبات والحصار الاقتصادي Economic Sanctions ، مما لذلك من انعكاسات سلبية ومؤثرة على الأمن الاقتصادي والغذائـــي والصناعي ... وغير ذلك من آثار قد تتحكّم بمصائر الشعوب وأوضـــاعها المعيشـــية والحياتـــية والتي قد يليها بعد ذلك مرحلة تعددية القطبية والمنافسة الاقتصادية الكبيرة واثر انعكاساتها على الوضع الصحي العام . (م ١٤،٦).

ب) – أثـــر التغـــيرات الموسمية وعمليات تصحيح المسارات الاقتصادية إحصـــائيا ورياضـــيا وتطبيقيا ، لذلك فإنه يتوجب إزالة وعزل البيانات الناقصـــة وغير الوافية والعوامل ذات الأثر السلبي كالمؤثرات والأطوار الفصـــلية قصـــيرة المـــدى لتفادي الولوج في ظاهرة الركود الاقتصادي

الممكنة الحدوث، وعدم السماح لها بالظهور كمواسم الأعياد ودخول فصل الشـــتاء أو فصل الصيف أو موسم بدء العام الدراسي كما هو حاصل في بلد كالأردن ، لذا فإن الرياضيين والإحصائيين يحاولون عادة عدم إبراز أثر مثل هذه المؤثرات والتقلّبات الفصلية بدراسة تبعات فصول السنوات السابقة وأجزائها ، فإذا ما وجدوا أن هناك شهرا أو فصلا معيّنا في السنة قـــد تكـــون فيه نسبة الارتفاع كبيرة وعلى مدار سنوات الدراسة فستكون محاولـــة إيجـــاد أدنـــى قـــيمة للفترة نفسها لإعتمادعا كأساس لاستخراج المعـــدّلات ودراسة الأسباب الموجبة لهذا التغيّر وأجراء عمليات المقارنة مـــن خلال هذه السلسلة الزمنية لكل منتج أو خدمة مقدّمة كل على حدة ، ثـــم طـــرح البدائل والتعديلات و وضعها لتكون حول المعدلات السنوية الفترة المقاسة نفسها (م ٧) .

ثانيا : - (الطريقة الثانية) وتتلخص في أنها **تستعمل للقياس** وقد تعتمد عند بروز أو ظهور مشكلة اقتصادية ما من خلال فحص التقلّبات الاقتصادية للسلع والخدمات وخلال الفترة الزمنية ذاتها وأجراء المقايسة والمقارنات مع الدخـــل الفردي ومدى أثر تزايدها أو تناقصها، وتحديد هذه النسب لخدمة ما محـــددة كالخدمـــات الصـــحية والعلاجية مثلا ويتم ذلك بعد تحديد العناصر الداخلة وإيجاد المعدّلات السنوية وتحديد السلاسل الزمنية (الفترات) والتي قد تصـــل إلى أعلى منسوب ممكن لها، ودراسة تلك الظاهرة مع وجود بعض المعوّقات كالركود أو الكساد الاقتصادي كعوامل محبطة أو معيقة ؛ حيث قد يلاحظ لسنة ما انحدارا بسيط لمعدّلات النمو لكن بعد إجراء المقارنات واخذ هـــذه التذبذبات بعين الاعتبار مع الوضع الطبيعي وعلى المدى الطويل فإن

الدارس سيجد بالمحصلة أن هذا الأثر مهما كان انحداره أو ارتفاعه حادا إلا أنـــه يعـــامل كحالـــة شاذة أو كطفرة مؤقتة، ويحتسب بشكل جزئي (إسقاط جزئي) لعدم استمراريته على مدار الفترة الزمنية المقاسة ، ويبقى تأثير ذلك لا يذكر أو قليل جدا حسب معدلات النمو للدخل القومي (GNP) ، لهذا فإن طاقـــة العمل المالي ستقلب بياناته رأسا على عقب بعد تحليلها بطريقة قياس الانحراف الرأسي لتصبح الصورة أو الدورة الفصلية أوضح ومفصلة لدورة رأس المال والأعمال الاقتصادية وبمراحلها المختلفة لإحلال موجة الانتعاش الاقتصـــادي وتحــريك الوضع الاقتصادي ماليا واداريا للخروج من أطوار الركود والبوار (الكساد) الاقتصادي بنشاط أكبر (١٥،١٤،٨) .

الفصل الرابع

الإنتاج

نظريات الإنتاج :

أ) – قوانين إيراد الغلة الحدي .

ب) – قوانين الغلة المتناقصة .

ج) – القيمة المضافة .

المـوارد الاقتصادية قد تحتاج إلى تقنيات لتحويلها إلى سلعة أوخدمة تـؤدي بالتالي إلى تكاليف لانتاجها. فإذا أضفت كمية من مورد ما فإنها تعطـي إنتاجا، وينبغي أن يستخدم هذا المورد الاستخدام الأمثل ، ويكون حساب ذلك من خلال طريقتين :-

أ) – إيـراد الغلة الحدي : ويبحث في تحديد الحد الأدنى للتوظيف الأمثل للمـوارد الاقتصـادية (الربح الاقتصادي) ، ومثال ذلك زراعة القمح وإستعمال السماد بحدوده الدنيا ، أو الحد الأدنى لتشغيل مستشفى مثلا قبل البدء بتحقيق أي ربح والتفريق بين الربح الاقتصادي والربح المحاسبي ، فإذا كان هناك ربح إقتصادي فليس بالضرورة أن يعني ذلك وجود الربح المحاسبي .

ب) – قانون الغلة المتناقصة:(The Law of Diminishing Returns)

ويبحث في تحديد مبدأ تناقص الغلّة على أن أية زيادة في بعض مدخلات

الإنـــتاج وبالمقارنة مع المدخلات الثابتة الأخرى فإنها ستتسبب في زيادة إجمالـــي مجموع المخرجات (على اعتبار أن الحالة التكنولوجية المعطاة أو المستعملة واحدة) ، ولكن غالبا ما يحدث ذلك بعد الوصول إلى نقطة أو مرحلة إضافية من المخرجات (The Out Comes) ، أي بمعنى زيادة وحدة إضافية واحدة من وحدات المدخلات نفسها، وهي بالمحصلّة تصبح متناقصة حكما بمعدّل وحدة تلوالأخرى وبشكل تدريجي ؛ إن هذا الهبوط فـــي العوائـــد الإضافية عائد في حقيقة الأمر و إلى تزايد عدد الجرعات الإضافية من العوائد للمصادر المختلفة التي تتناقص تدريجيا من وحدات المصـــادر الثابـــتة التـــي تعمل معها ، وهذا يعني إلى حد ما أن العوائد ستكون متناقصة المخرجات على الأرضية الثابتة ولا تستطيع التماشي مع معـــدلات الـــتزايد الســـكّاني مثلا ، وكذلك مع مستويات العمالة الناشئة ومتطلّـــباتها ،لأن عملـــية تزايد العمالة مع ثبات المصادر ، تعني أن كلّ عمالـــة زائـــدة تكـــون فـــرص العمل لديها أقل على أرض الواقع نتيجة لمحدوديـــة المصـــادر في حالة النمو الاقتصادي المتوازن ، كما أن نسبة تـــزايد العمالـــة تبقى في تزايد مطرد حتى مع بقاء عنصر الأرض ثابتا (المصـــادر المتاحة)، لذلك فإن أي منتج إضافي قادر على إنتاج وحدات إضـــافية ســـيكون منخفضا في إنتاجه وهذا ينسحب جزئيا على الخدمات الصحية.

وعليه فإنه يتوجب إجراء تعديلٍ مناسبٍ لسياسة العمل والإنتاج من خلالِ تطوير وتحسين الوسائل التكنولوجية، فبإضافة عنصري العمالة والأرض معا لن تكون المخرجات ثابتة بل متغيرة النسق والاتزان نفسه من حيث المعايير

والمقاييس المعتمدة الأسس للإنتاج الجديد ومقاسة بمعيار العمليات الاقتصادية لـــتكون أكـــبر ، ممـــا يزيد في المخرجات لتتناسب مع الوحدات الإضافية للمخـــرجات الجديدة ، وليست عكسية أو متناقصة لأنها ستجد فرصا إضافية للعمل والعمالة المتزايدة ويمكّن هذا من معالجة مشكلة البطالة جذريا وبشكل تدريجـــي ومتناســـق فالسياسة الإدارية والمالية المعتمدة وبذلك يمكن أن تُعَدّ إحدى وسائل المعالجة الممكنة.

(م ١٥،٩،٧) .

مـــثال ذلك عملية زراعة القمح فإذا أضيفت وحدات سماد اضافة فستزيد الغلة الناتجة طرديا مع زيادة وحدات السماد إلى حد معين ثم تبدأ بالتناقص وهكذا ، فعند بيع المحصول بالأسواق ستتحقق إيرادات ، لذلك ستكون هناك تكلفه وهذه التكلفة نوعان : **متغيرة وثابتة** .

مثال آخر على الخدمات الصحية وهو تحسين نوعية الخدمات الصحية في المستشـــفيات كتحســـين الأداء والرفع من سمعة المستشفى العلمية كتحسين الخدمـــات الفندقـــية أو إدخـــال ميزة طبية جديدة كاستعمال تقنيات الجراحة الخاصـــة بالجاما نايف ، أو التصوير بالرنين المغناطيسي وهي من التقنيات الجديـــدة ، وهذه التحسينات قد ترفع من الكلفة بنسبة بسيطة تكاد لا تذكر ، لكـــنّها قـــد تستقطب الكثير من المرضى وستزيد من دخل المستشفى حتما ؛ لاحظ ذلك من خلال المعادلات التالية :-

غ ح س

----- = الكمية /دينار منفق على العلاج.

ث س

ت ك   ت ث ك   ت ك م

---- = ----- + -----

غ   غ   غ   غ

وبالقسمة على الغلة ينتج المتوسط الكلي للتكاليف.) •

المتوسط الكلي للتكاليف = م ت ث + م ت م•

حيــث : (غ ح = الغلـــة الحدية ، س = العلاج ، ك = الكمية ، ت م = التكاليف المتغيرة ، ث = الثمن) •

وينســحب ذلك على القطاع الصحي فيمكن ملاحظة ذلك من خلال زوايا عدة، مثلا : -

أ)- نتيجة لضغط العمل قد تفكّر إدارة المستشفى في التوسعة الممكنة بزيادة عــدد الأســرّة إما باستحداث طوابق علوية (الامتداد الرأسي) أو إنشاء أبنية جديدة (الامتداد الأفقي) أو بضغط الأسرّة في غرف المرضى لكن حســب المواصــفات الفنية لأبنية المستشفيات فالغرفة الواسعة التي تزيد مســاحتها على ثمانية عشر مترا مربعا يمكن أن يوضع بها سريران بدلا من سرير واحد مفصولان بستارة لراحة المريض .

ب)- زيــادة الطاقــة التشغيلية للمستشفى، كالعيادات الخارجية و ذلك بأن يصبح دوامها على فترتين صباحية ومسائية، وزيادة عدد الاختصاصات فــيها والملحقات الطبية المساعدة، وزيادة عدد غرف العمليات وملحقاتها واستحداث وحدات علاجية إضافية كالرعاية الطبية ليوم واحد مثل(One Day Care Unit)، هذا بالإضافة الى وحدات الخدمات الاجتماعية كبقالة

المـــريض أو محـــل لبيع الزهور والتصوير الفوتوغرافي والزنكوغرافي والكافتيريا ...الخ .

بطبـــيعة الحـــال ســـتزيد مثل هذه الخدمات الإضافات من العبء المالي والضريبي على إدارة المستشفى ويجب أن تكون مدروسة ماليا بدقة وعناية فائقـــة ، فـــي الوقـــت نفســـه فان لها مردودات مالية عالية إذا ما أحســـن استـــغلالها واستـــثمارها (م ٣,١٠).

أمـــا مـــن حيث زيادة العبء الضريبي ، فيجب في البداية معرفة ما هو العـــبء الضــــريبي؟ ومـــا هـــو نظامه ؟ وما هي والغاية منه ؟ ، كل هذه الاستفســـارات يمكن الإجابة عليها باختصار شديد بالقول أن الحكومات تقوم بفـــرض العديـــد من الضرائب ضمن مجموعة من القوانين لسد باب النفقات الحكومية – (خفضها)– من نفقات عامة وإنشاء وصيانة وإدامة البنية التحتية والفوقـــية مـــن إجمالي الدخل الفردي والمؤسسي ، لتنعكس على المواطنين بمجمل الخدمات والسلع المقدمة لهم .

فهي تحدد بشكل نسبي عملية توزيع الدخل والشرائح السكانية ضريبيا من إجمالـــي الدخـــل المتحقق مع عدم افتراض وجود عمليات التهرّب الضريبي لتـــتأتى العدالـــة والمساواة والرضا للجميع للغني والفقير كل حسب مقدرته المالية .

النظام الضريبي هو: المقدار المتحصّل من الاقتطاعات التناسبية زيادة أو نقصـــانا حسب حجم ومقدار الدخل، لسد العوز الاجتماعي لذوي الدخول

المتدنــية جــدا (مــن هم مصنّفون تحت خط الفقر المدقع) ، ليتمتع الجميع بالخدمات كافة كالخدمات الاجتماعية والصحية وغيرها .

وتعــدّ الضــرائب إحــدى محددات مستويات الدخل المحلي و/أو القومي (NI) فهــو الــرقم أو المحصّلة النهائية التي يمكن التوصّل إليها باستعمال المقايــيس المالــية والنقدية للإنتاج المجتمعي بعناصره المختلفة (الأرض ، والعمــل ، ورأس المــال والإدارة والتنظيم ...) ، ومتابعة التدفقات النقدية والمالــية والإنتاجــية لتــتعادل مع كلفتها الحقيقية لأغراض احتساب صافي الدخل القومي وإعادة تقييمه بأسعار السوق وبالقيم الكلية لهذه التدفقات ، كما مكــن اعــتمادها كمؤشر ومقياس لجميع العوائد من أجور وفوائد ورواتب وأرباح متحققة، وهي بالتالي بمثابة التقييم الإجمالي للإنفاق المجتمعي كمنتج نهائــي محــدد بنســب الاكــتفاء والرضا المعيشي والعوائد المرغوب بها والتكاليف المقبولة والمعقولة والحقيقية في الوقت نفسه .

إذن هــي إجمالــي المجاميع للقيم المضافة (Value Added) للمراحل الإنتاجــية والاســتثمارية المخــتلفة، مفصّــلة كل مرحلة على حده لتفادي الازدواجية في احتسابها في الوقت ذاته فالسلعة أو الخدمة نفسها حتى تصل إلى المراحل النهائية للإنتاج وتكون معدّة للاستهلاك وحسب معايير ومقاييس التسّعير المشرّوع قانونا وحتى لا يفقد التوازن السوقي وتقام بالمقابل الأسواق الســوداء ويظهر الاحتكار بألوانه وأشكاله وتقاطعاته المالية غير المشروعة لكل ذلك يجب حسابها لمرة واحدة فقط ؛ وللاستدلال على العمليات الرياضية لاحتساب الدخل نرصد موجزين بعض المعادلات الضرورية لمثل ذلك :

GNP = C + I + G....

GNP is given in two equivalent views ... the upper loop product flow, & the lower loop costs...

Net Investment = Gross Investment − Depreciation .

(GNP) = NNP − Depreciation. (م ٢١ ، ٢٢)." .

صافي الاستثمار = إجمال الاستثمار − الاستهلاك.

الفصل الخامس

التكاليف ونظريات تحليل الاقتصاد الجزئي الصحي

التكاليف الإقتصادية والمحاسبية :-

التكاليف المحاسبية :

وهي التكاليف الظاهرة (أي عملية الدفع الملموسة للكلفة) .

التكاليف الاقتصادية :

وهي التكاليف الباطنة مضافا إليها كلفة الفرصة البديلة .

وهنا تتم المعالجة محاسبيا وتحليليا ، وكما هي مبيّنة أدناه :

كراتب مدير المشروع (المستشفى مثلا) نفسه لأنه هوصاحب العمل (المؤسسة)، كذلك المباني والمخازن التي يمتلكها يجب أن تحسب لها بدل أجرة ٠ ومثال ذلك : إذا كان لدينا مستشفى استثماري أوشركة يجب أن يتم التفريق بين التكاليف المحاسبية والاقتصادية من خلال مكونات المشروع الصحي وأساسياته (الأصول) وقد تندرج بنوده على النحو التالي :

رأس المال (١٠ مليون دينار) ، والربح المتوقع (١٠ %) ، لكن تحقق ربح فعلي (محاسبي) مقداره (٨ %) وعليه فنستطيع القول بأن المشروع قد حقق ربحا محاسبيا مقداره (٨ %) ، أما اقتصاديا فالمعادلة تختلف فنقول: -

(٨ % - ١٠ % = - ٢ %)

إذن فالمشـــروع قد حقق خسارة مقدارها (٢ %) ، وقد تكون الخسارة المتحققة جراء – أن أصحاب المشروع لم يحسبوا بعض الرواتب كرواتبهم الشخصـــية لأنهم أصحاب العمل أو بعض الأجور أو ثمن الأرض أو بعض المنشآت المقامة أصلا واستعملت في المشروع – وهكذا ، وبما أن المشروع لم يصل للعشرة بالمائة وهي الكلفة الاجمالية لتغطية التشغيل ، حيث تتساوى الكلـــف مـــع حـــدود العشـــرة بالمائة لتصبح تساوي صفرا ، وعليه فالرأي الاقتصادي يقول على المشروع أن يستمر بالعمل عند مستوى الصفر لأنه قد يحقـــق ربحا إذا أدير جيدا والوضع الاقتصادي يكون مقبولاً أوحتى جيداً مع محاولـــة المحافظة والإبقاء على الوضع التوازني للميزان التجاري للمؤسسة أوالمستشفى المقدم للخدمة الصحية المتميزة ضمن هيكل تنافسي منافسة تامة (مفترضـــا وجود عدد كبير من المنافسين) ، فتنافس السلع والخدمات وحرية الدخـــول والخروج للسوق ، وتوفر المعلومات عن السلع والخدمات الأخرى أو البديلة كخصائصها ودراستها ، ودراسة عناصر الأسعار وعناصر السوق ومكوناتـــه الأخـــرى أمـــر مشجع استثمارياً ؛ ولحساب **الكلفة الحدية التي تساوي = (ت ح)** وهي: التكاليف المضافة على التكاليف الكلية الناجمة عن زيادة الإنتاج لوحدة واحدة وذلك حتى نصل الى مستوى حجم الإنتاج السلعي أو الخدماتي التوازني فتكون : –

(الأرباح = الإيرادات الكلية – التكاليف الكلية) . (م ١٢،١٨)

ومادامـــت التكالـــيف المتغـــيرة أقل نسبيا من التكاليف الثابتة فينصح باستمرارية عمل المشروع وإنتاجه ، أما إذا زادت التكاليف المتغيرة ولم تغطِ

الايــرادات فينصح بتوقف المشروع لأنه سيكون في خسارة مستمرة وسيتم بحث موضوع التكاليف بشكلٍ مفصّلٍ أكثر لاحقا٠(م ١٠) .

تحليل التكاليف المالية للمؤسسات الصحية :

وحيث أن تحليل التكاليف المالية للمنشآت والمؤسسات الصحية موضوع متشــعّب ويتداخل مع معظم الأقسام والشعب والموضوعات فلتسهيل عملية الإحاطـــة يمكن إلقاء الضوء على بعض النقاط الهامة من خلال التعريف بها والإلمام بإطار شامل ومتكامل لهذا الموضوع الشائك.

يمكـــن تعـــريف التكاليف وتحديدا (محاسبة التكاليف) بأنها أداة تحليلية تحكمها مجموعة من المبادئ والأصول العلمية ويطبقها المختصون بحسابات التكالـــيف لتتبع وتسجيل وتحليل عناصر التكاليف من مواد وعمالة وخدمات ومحاولة خفضها ما أمكن بحيث أن لا تؤثر على طبيعة وسير العمل وربطها بمراكـــز الكلفـــة واحكام عملية الرقابة عليها ومساندة الإدارات في عمليات اتخاذ القرارات المناسبة من بين البدائل المتاحة للتوصل إلى أقصى درجات الكفايـــة من خلال تجميع وتسجيل وتوزيع وتحليل وتفسير البيانات المتعلقة بالكلفـــة كافـــة سواء المباشرة أو غير المباشرة والثابتة وغير الثابتة وشبه الثابتة وشبه المتغيرة مع احتساب تكاليف العامل الزمني كالتكاليف المعيارية والفعلـــية والإراديـــة والرأسمالية والتكاليف الخاصة بجزئيات عمل المنشأة (أقســـامها) من خدمات إنتاج الخدمات (المنتج) وصيانته وخدماته الفندقية والإدارية الفنية والتصميمية والتخطيطية وضبط الإنتاجية والجودة وإدارات

البحوث والدراسات التي جميعها تتعلّق بإنتاج الخدمات وتقديمها خاصة الصحية منها.

التعريف ببعض المصطلحات المالية والمحاسبية الهامة :

أ) – التكاليف الثابتة: وهي تلك التكاليف التي لا تتغيّر نسبيا مقارنة مع حجم التغيّر الكبير في حجم الخدمات الصحية المقدمة .

ب) – التكاليف المتغيّرة : وهي تلك التكاليف التي تتغيّر بتغيّر حجم الخدمات الصحية المقدمة .

ج) – العوامل التي تؤثر على التكاليف : كحجم الخدمات الصحية ، وحجم الإنفاق المبدئي ، والكفاءة في العمل ، والقرارات الإدارية .

د) – القيم لوحدة التكلفة: وهي تلك القيمة التي يمكن تقسيمها لاستخدامها في كلّ بند من بنود التكاليف بأقلّ إمكانات عمل ممكنة وهي ضرورية أيضا لحفظ كافة السجلاّت كافة الخاصة بالوحدات الصحية كالسجلاّت الرئيسية والفرعية التفصيلية .

هـ) – مركز التكلفة المالية : وهو القسم أو الشعبة أو المركز الذي تحسب تكاليفه المباشرة وغير المباشرة .

١) – التكاليف المباشرة : وهي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشأة الصحية كالأجور ، والرواتب ، والمواد والمصاريف الأخرى المتفرقة .

٢) – التكالـــيف غير المباشرة : وهي جزء من مصاريف قسم آخر يتحمّل مصاريف القسم المعني نتيجة لإشراكه في تأدية الخدمات الصحية.

و) – التكلفة الكلية : وهي مجموع التكاليف المباشرة وغير المباشرة.

ز) – عملـــية توزيع التكاليف : وهي تخصيص التكاليف غير المباشرة لقسم معيّن ، وتتطلّب قرار إداري مقيّد بتكلفة جمع البيانات والغرض الذي تجمع من أجله هذه البيانات .

ح) – عوامل الترجيح : وتعطى للتميّز وللتمييز بين الاختلافات النسبية في الخدمات الصحية المقدّمة و ذلك باستخدام وحدات التكاليف في مجالين أوفـــي اتجاهيـــن . ومثال ذلك كحساب تكاليف الصور الشعاعية في العـــيادات الخارجية والأقسام السريرية، حيث يلاحظ أنها قد تستغرق وقـــتا أطول لتجهيزها وإعدادها والتعليق عليها وإعداد التقارير الطبية التفصـــيلّة من الأخصائيين بينما يلاحظ أن صور الأشعة في العيادات وخصوصـــا بانورامـــا الأسنان فلا تحتاج لشروحات وتقارير طبية و وقـــتها أقصر وكلفتها أقل، وقد تبلغ مقدار العشر للصورة السريرية ، وعليه فإن عامل الترجيح في هذه الحالة هو عشرة تقريبا .

نظريات التكاليف الصحية :

أولاً: نظـــرية التكاليف الإجمالية (الكلية) : وهي من أولى نظريات العلوم المحاســـبية للتكاليف وتقوم على اختيار وحدة التكلفة من الوحدات التامة التصنيع (المنتج النهائي) ، واختيار طريقة المجموعات كأساس لاختيار وحـــدة التكلفة لضمان سرعة سير العمل وتيسيره ، عمليات اختيار أوامر

التشـــغيل وطـــرق تحديد وحدات الطاقات الإنتاجية لتحديد وحدات الكلف الخاصـــة بهـــا كمـــا فـــي الخدمات العلاجية والوقائية بأنواعها المختلفة المـــتداخلة مـــنذ بدايات التخطيط للإنشاء وما تحت التشغيل وحتى البدء بالتشغيل والاستمرار به في المراحل كافة.

تبويب عناصر التكاليف المباشرة وغير المباشرة ، أما التكاليف المباشرة فهي التكاليف المتعلّقة بكلف المواد الأولية والإنشائية للمنشأة الصحية كتكلفة العمـــل المباشـــرة التحويلـــية أو التجميعية والأجور والرواتب والعقود أما التكالـــيف غـــير المباشـــرة فهي التي يمكن أن ترتبط بخدمة صحية معينة وتخصص لمركز تكلفة معين ولا تظهر كجزء من الخدمة المنتجة كالصيانة والوقود وخلافه ، وعليه يمكن تمثيل ذلك بالمعادلات:

أ) – التكالـــيف المباشرة = تكلفة المواد المباشرة + تكلفة العمل المباشر + تكلفة صناعة الخدمات الصحية المباشرة .

ب) – التكالـــيف الإجمالية (الكلية) = التكاليف المباشرة + التكاليف غير المباشرة

ج) – التكالـــيف غير المباشرة = تكلفة المواد غير المباشرة + تكلفة العمل غـــير المباشرة + تكلفة الخدمات الصحية غير المباشرة +تكلفة تسويقها وترويجها + تكلفتها الإدارية

ابرز عيوب هذه النظريات

– عملـــية تذبـــذب تكاليف الوحدة المنتجة من الخدمات الصحية و ذلك تبعا لتغير حجم إنتاج الخدمات المطلوبة ، فإذا زاد حجم الإنتاج تقلّ الكلفة وإذا

نقــص عــن حد معين تزداد الكلفة ، و ذلك نتيجة لتحميل التكاليف غير المباشرة والتي تتضمن التكاليف الثابتة بالكامل على المنتج

- كما أن عملية تقويم المخزون السلعي حسب الكلف الإنتاجية قد يؤدي إلى تحويــل جــزء من التكاليف الثابتة الواقعة ضمن المصروفات للصناعة الصـــحية غير المباشرة إلى الفترات اللاحقة (المقبلة) وهذا ينافي مبدأ استقلالية الفترات المالية .

- إن تحمــيل التكالــيف الكلية جميعها على الوحدات المنتجة قد لا يسمح ببــيان مدى استغلال الطاقات الكلية المتاحة وغير المستغلة، على عكس المفــروض والمنطقي وهو ان يتحمل النشاط الفعلي نصيبه وحصته فقط من الكلفة الثابتة وليس كامل التكاليف .

أ. **نظــرية التكاليف المباشرة :** وتقتضي هذه النظرية تحميل الحجم المتحقق مــن النشــاطات لبنود النفقات المباشرة فقط وينظر إليها على أنها نفقات زمنــية تحمّــل لحســاب الأرباح والخسائر أيّ (تتحمل وحدات الإنتاج التكالــيف الإنتاجــية المباشرة ، كما تتحمّل الوحدات المباعة أو الخدمات المقدمـــة بالبنود البيعية المباشرة فقط ، أما باقي البنود الإدارية فلا تدخل ضمن مفهوم التكاليف بل تعتبر أعباء على المنشأة الصحية مثلا وتخصم من صافي الإيرادات في نهاية السنة .

أبرز خصائص النظرية :

١ . سهولة تحديد تكلفة الوحدات الإنتاجية مباشرة ، ويتم تحديد تكلفة الوحدة الواحــدة مــن المنتج باستخدام المتوسطات الحسابية أي قسمة التكاليف المباشرة على عدد وحدات الإنتاج تامة الصنع .

٢ . إمكانــية تحديــد المخزون السلعي عند أول المدة وآخرها بثمن التكلفة المباشرة فقط .

٣ . عملــية توزيـــع عناصر التكاليف المباشرة فقط على وحدات الإنتاج ، وتعتــبر التكالــيف غير المباشرة بمثابة خسائر عامة ترحّل إلى حساب الأرباح والخسائر .

٤ . ثــبات تكلفــة الوحدات الإنتاجية بسبب ثبات التكاليف المباشرة وعدم تأثرها بالتغيّرات التي قد تطرأ على حجم الإنتاج (من الخدمات الصحية المقدّمة) سواء بالزيادة أو بالنقصان طالما بقيت أسعارها ومستوى كفايتها ثابتة .

أبرز عيوب النظرية :

- لا تمثّل التكلفة الحقيقية للخدمات المنتجة والمقدمة .
- استبعادها للتكاليف غير المباشرة وتعتبرها تكاليف زمنية أو خسائر عامة.
- تقيــيمها للمخزون السلعي بالتكلفة المباشرة فقط، مما يؤدي بالتالي إلى خفض القيمة الحقيقية وخفض كمية الأرباح المتحققة .
- عــدم إمكانــية استخدام هذه النظرية كأداة لخدمة الإدارة سواء من حيث اتخـــاذ القــرارات أو التخطيط، وستكون الرقابة غير وافية بالغرض ولا تؤدي الدور المطلوب منها بكفاءة، وهي نظرية غير عملية.

ب . **نظــرية التكالــيف المتغــيّرة الحدية :** وتقوم هذه النظرية على أساس الفــرض العلمي فالبند المتغير يبدأ مع النشاط ويستمر باستمراره وينتهي

بانـــتهائه فهو يبدأ من نقطة الصفر ويرتفع خطه البياني مع أول حدة من النشاط ، ويتوقّف شكل انحداره على درجة مرونته وسلوكه وتطوّره تجاه حجـــم التغير العام للنشاط . لذلك فإنه يمكن تحميّل مضمون هذه النظرية بالتكاليف المباشرة وغير المباشرة وتكاليف التسويق ويظهر هذا من خلال : تكلفـــة مبـــيعات الخدمـــات الصـــحية المقدمة = التكاليف المباشرة + التكالـــيف. غير المباشرة + تكاليف تسويقها المتغيرة ، ثم يلي ذلك عملية تسعّير المنتج أو الخدمة الصحية بما لا يقلّ عن التكاليف المتغّيرة محددا هامش الربح .

إذن فالربح الحدي = المبيعات – تكلفتها المتغّيرة.

صافي الربح = الفرق بين الربح الحدي والتكاليف الثابتة جميعها .

وعلـــيه فـــإن : صافي الربح من النشاط (الخدمات الصحية المقدّمة) = الـــربح الحدّي – التكاليف غير المباشرة الثابتة + تكاليف التسويق الثابتة + التكاليف الإدارية جميعها .

وصـــافي الربح النهائي = صافي الربح من النشاط الطبيعي + الإيرادات العرضية المتنوّعة – أعباء التمويّل ، وهكذا ... أما التكاليف الثابتة المحمّلة على الإنتاج فإنها = جميع التكاليف الثابتة مضروبة في حجم الإنتاج الفعلي ومقسومة على الطاقة القصوى للإنتاج .

التكاليف البيعية الثابتة للخدمات الصحية خصوصا العلاجية منها والمحمّلة علـــيها = جمـــيع تكالـــيفها البيعية الثابتة مضروبة في حجم مبيعاتها الفعلي ومقســـومه علـــى طاقتها البيعية القصوى ، لذلك فسيكون الجزء الثابت من

التكاليف المحمّل لإنتاج الخدمات الصحية = تكاليف الصناعة الصحية الثابتة المحمّلة لإنتاجها + تكاليفها البيعية الثابتة المحملة للإنتاج .

نستنتج من ذلك أن نظرية التكاليف المستغلّة تتفق مع نظرية التكاليف المتغيّرة، حيث إنها تهتمّ بتحميل إنتاج الخدمات الصحية التكاليف المتغيّرة كافة وأن تكون متماشية مع نظرية التكاليف الإجمالية حيث أنها تستبعد التكاليف الثابتة كلّها بل تعتبر جزءا منها والباقي يعدّ من الأعباء العامة على المشروع حيث إن إظهار التكاليف غير المستغلّة مستقلة في قوائم التكاليف يساعد على دراسة وبحث الطاقة الفائضة وغير المستغلّة بهدف الاستفادة منها مستقبلا .

٥ . **نظرية التكاليف المعيارية (النمطية)** : وتهدف إلى وضع المقاييس المناسبة التي تمكّن من قياس التكاليف الفعلية واستخراج مقادير الانحرافات عنها واتخاذ التدابير والإجراءات والوسائل الكفيلة بمعالجة هذه الانحرافات من خلال رفع الكفاية الإنتاجية وضغط التكاليف والنفقات، لأن التكاليف المعيارية تعتبر إحدى الدعائم والركائز الأساسية التي ترتكز عليها الإدارة لتحقيق أهداف الكفاية والرقابة على مختلف أوجه نشاطات المنشأة الصحية مدار البحث، ذلك للتوصّل إلى تضمين قوائم التكاليف الإجمالية المصروفات كافة، وطبقا لنظرية التكاليف المتغيّرة فإنه يمكن أيضا تحميلها بالمصاريف المباشرة والمتغيّرة كتكاليف التأسيس وما بعد التأسيس للصناعة الصحية والتكاليف البيعية لها كخدمات صحية ، والتكاليف الثابتة والبيعية لهذه الصناعة ، وكذلك تحميلها

التكالـــيف المســـتغلّة ومصاريفها الثابتة والمتغيرة ويظهر ذلك من خلال المعادلة التالية :

الجـــزء المســـتغلّ مـــن الجزء الثابت = الإنتاج الفعلي للخدمات الصحية المقدّمة مقسوما على طاقتها الإنتاجية القصوى ، بالإضافة إلى جميع التكاليف الإداريـــة التـــي قـــد تعتـــبر ثابتة ولكن غير مستغلّة ، إلا أن هناك بعض الملاحظات الواجب ذكرها وأهمّها :

١) اخـــتلاف كلف مبيعات هذه الخدمات طبقا لنظريات التكاليف المختلفة مع اخـــتلاف إجمالي الأرباح والسبب في ذلك يعود لتحميل التكاليف على كمّ الوحدات المنتجة من هذه الخدمات

٢) اخـــتلاف أرقام المصروفات المدونة طبقا لهذه النظريات وتساوي مقادير صـــافي الأربـــاح ويعـــود السبب في ذلك إلى معالجة بنود المصروفات المختلفة .

٣) يمكـــن التوصّل إلى النتائج المرجوّة والمقنعة من خلال إعادة النظر في تكلفة مبيعات الخدمات وإجمالي الأرباح المتحصّلة والمصروفات وصافي الأربـــاح ومـــن خـــلال الـــنظريات المذكورة ببنودها الكلية والمتغيرة والمستغلّة.

الكيفية الخاصة لوضع التصاميم لنظم التكاليف :

أن مـــثل هـــذه التصـــاميم تخـــتلف من مشروع لآخر ومن نوعية خدمة لأخـــرى، و ذلـــك تبعا لحجم النشاط والظروف المحيطة بها ويعتمد كلّ ذلك على عوامل عدة أهمها :

أ • حجم المشروع والتنظيم الإداري له .

ب • مواجهة أعباء إدارة التكاليف ونوعية البيانات المطلوبة لضمان سير المشروع (الخدماتي) .

ج . طبيعة العمليات الإنتاجية (الخدمات الصحية) ونوعيتها .

١ • فمن حيث الحجم فإنه يؤثر على اختيار نوعية الخدمة (المشروع)، فكلّما زاد الحجم زاد العبء وتوسعت الإدارة، وعليه فلا بد من تفويض الصلاحيات والسلطات، لأن التنظيم الفعّال يتطلب تقسيم العمل حسب التخصصات لاستغلال المهارات المتوفرة والسعي لتحقيق الأهداف بكفاءة عالية ، لذا فإن نظم التكاليف تقوم بعملية قياس النشاطات الوظيفية كافة؛ ولبيان وتوضيح أعباء إدارة التكاليف وبياناتها المطلوبة لكل مشروع أو خدمة فالبيانات الناجمة عن نظم التكاليف تعتمد على الغرض الذي صممت من أجله نظم التكاليف المتكاملة لتزويد المشروع(الصحي) بالبيانات اللازمة وأهمها :

- تكلفة إنتاج الوحدة الإنتاجية مستخدما تحديد تكلفة إنتاج الخدمة الصحية الواحدة من حيث تحديد سعرها وربحها ، ثم تحديد المخزون السلعي للوازمها التشّغيلية في نهاية الفترة المحاسبية .
- إعداد التقارير التي تبين درجة النجاح أو الفشل في تنفيذ الأعمال المرسومة مسبقا مبينة مقادير ونسب الانحرافات الفعلية للبيانات عن نظيرتها المقدّرة والهادفة لمعالجة هذه الانحرافات السلبية ، كما وتقيس مدى الكفاءة في استغلال عوامل إنتاجها .

- بيان التقارير الخاصة بعمليات التوسعات في إنتاج الخدمات الصحية أو تقليصها حسب مقدار الطلب عليها مع تقييم ربحيتها ؛ فهي التي ترشد الإدارة العليا عما يجري في المشروع أو المنشأة الصحية من أجل تحسين ورفع كفاءة العمل .

٢ . طبيعة العمليات الإنتاجية للخدمات الصحية : يلاحظ أنها متنوّعة ومختلفة ، فالصناعة الصحية تحدد نظم التكاليف بالكيفية التي تقدّم فيها هذه الخدمات مما يؤدي إلى عملية اختلاف طريقة احتساب تكاليفها ويتمّ ذلك من خلال :

- طريقة محاسبة تكاليف أوامر التشغيل .
- طريقة محاسبة تكاليف مراحل التشغيل.
- مراكز التكلفة وهي العملية التي تحدد مراكز التكاليف وتطبيق التقسيمات الإدارية التي تتحكّم في الإجراءات المحاسبية والإدارية لها، ويتأتى ذلك من خلال إحكام الرقابة على كفاءة التنفيذ وتقديم الخدمات داخل المنشآت الصحية مما يسهّل تحديد نسب الانحرافات وتصحيح مساراتها واتباع الأسس الكفيلة لتوزيع هذه الخدمات بعدالة مع مقارنة تكاليف إنتاجها وتقديمها بالكلف الخارجية والإجمالية . وكلّ ذلك يتم من خلال تحديد الفترات الزمنية التي يتمّ فيها تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المباشرة وغير المباشرة مع الأخذ بعين الاعتبار الجهات المقدمة للتأمينات الصحية واحتسابها على الأسس السنوية أو للفترات الخدمية الدورية (ربع أو نصف السنوية) لإعداد الميزانيات

الـــتقديرية والقوائـــم التكاليفـــية لمعرفة اتجاهات النشاطات المستقبلية المتعاقـــبة والكشـــف عـــن الأخطـــاء والانحرافات وتعديل المسارات لمنهجـــية عمل الخدمات الصحية لضمان إستمراريتها ، وذلك لتحقيق الأهـــداف المرجوّة والمرسومة وإمكانية تعديل المسار عند اللزوم مع التمـــيّز بالمـــرونة ضمن المعايير المعتمدة ، مع إمكانية استخدام كافة وسائل التسويات كافة والحسابات المالية وحسابات الكميات والتكاليف بكفاءة واقتدار .

أبرز عناصر التكاليف - يتكوّن أي مشروع أو منشأة صحية من عناصر عدة أساسية أهمها :

١ . المـــواد ، وتشـــمل أثمان شرائها ومصاريف نقلها (شحنها) والتأمين عليها ، عمليات الخصم والحسم التجاري عند تحديد كلف المواد الداخلة والمســـتخدمة في المنشأة الصحية منذ مراحل الإنشاء وحتى بدء مراحل التشـــغيل وشـــراء العلاجات وما شابه من مواد لازمة لسير عملها ، كما تشمل ضمان تغطية أعباء التمويل كالقروض والفوائد وتعتبر عبئا يحمّل للأربـــاح والخسائر، وهي تكاليف مباشرة كالعلاجات والأجهزة الطبية ، وغير مباشرة كالوقود والخدمات الفندقية وأمور التنظيف والغسيل ...الخ

هذا ويتمّ تسجيل هذه المواد بناء على طلبات وأوامر الشراء والتعاقدات ســـواء المحلّية أو الخارجية ، وشروط استلام المواد والتجهيزات وتصنيفها وتسجيلها بأرقام ورموز وعلى بطاقات خاصة ونسخ عدة تحفظ لدى جهات مختلفة مع بيان شروط التخزين والاستلام والتسليم وضرورة أن يكون هناك

رقابـــة دوريـــة علـــى جميع المواد إداريا ومحاسبيا ، مع عدم إغفال العمل بسياســـات وطـــرق التســـعير الفعلية ، وعمل المتوسطات للكلف المرجّحة والمتحرّكة ويمكن احتساب متوسط التكلفة = تكلفة الكمية الموجودة بالمخازن + تكلفة الكميات الواردة للمخازن مقسومة على الكميات الموجودة بالمخازن + الكميات الواردة للمخازن ، هذا المتوسط يمكن احتسابه عند ورود كميات جديـــدة وتســـعيرها للإنـــتاج (لإنتاج الخدمات الصحية المطلوبة بالمواصفة الفنية).

ويمكـــن أن يحســـب متوسط التكلفة لإجمالي تكاليف الكميات الواردة أو الخدمات المقدمة ولا يحسب متوسط التكلفة لتكلفة الوحدة الواحدة من الكميات الموجـــودة أو الخدمـــات المتوفرة لتقديمها ؛وتستعمل هذه الطريقة غالبا عند تقلبات الأسعار السريع الناجم عن بعض الضغوط سواء السياسية أو النقابية أو العمالية ...(الضغوط السوقية) ، لذلك يكون الصرف بكميات صغيرة أو تقديـــم الخدمات الصحية لفترات محددة قصيرة تحدد أسعارها حسب تقلّبات الســـوق، كأســـعار المـــواد الخام للأدوية أو تكلفة التصنيع للعقاقير الدوائية والمـــواد والتجهيزات الطبية والعلاجية وضغوطاً شركات الأدوية والمصانع والـــنقابات لـــرفع الأجـــور العمالية أوقد تكون ضغوط حكومية لسن قوانين الضـــرائب أو رفـــع المعـــدلات الضريبية كما هو حاصل في البلدان النامية كالأردن وجمهورية مصر العربية وغيرها من دول المنطقة (م – ١٩).

ومن أبرز مزايا هذه انطريقة التالي :

١. الحـــد مـــن التقلّبات السوقية والأسعار الكثيرة أو المستمرة نتيجة لعدم الاستقرار .

٢. عدم حاجة هذه الطريقة إلى كثير من الأعمال المحاسبية والكتابية.

٣. عدم وجود تفرقة ظاهرة في كلف الخدمات المنتجة والمقدمة .

وهنا لابد من التطرق **لسياسات التسعير التقديرية** وأهمها :

أ- طريقة سعر السوق .

ب- طريقة السعر المعياري .

جـــ- طريقة متوسط التكلفة خلال فترات محددة .

د- طريقة المفاضلة بين سعري السوق والتكلفة أيهما أقلّ .

عنصر العمل :

يعتـــبر عنصـــر العمـــل من أهمّ عوامل الإنتاج (إنتاج وتقديم الخدمات الصحية) فالعمالة هي القادرة على الخلق والإبداع وهي التي تخطط وتوجّه وتنفّذ وتراقب وتقيّم ... فتكلفة عنصر العمل هي مقدار الأموال التي يتحمّلها المشروع (الصحي) كالأجور والرواتب والبدلات والمكافآت وخلافه وابرز خصائص عنصر العمل :

- لا يخلـــو أي نشــــاط صناعي أو خدماتي من عنصر العمل بينما نجد أن صناعة الخدمات الصحية لا يظهر بها عنصر المواد بشكل مباشر ، كما

يشـــترك العمل (العمالة) في جميع نواحي إنتاج هذه الخدمات وعرضها وبيعها وادارتها .

- تحديـــد عـــدد ســـاعات العمـــل كمقياس للكفاية الإنتاجية فكلما زاد عدد الوحـــدات (الخدمية) المنتجة خلال الزمن المقترح يعدّ ذلك كفاءة إنتاجية ويكـــون منحنى الإنتاجية متصاعدا ولكن إلى حد معيّن ثم يبدأ بالتناقص التدريجـــي وهـــذا يعنـــي أن أية وحدة منتجة زيادة تكون كلفتها قد بدأت بالتزايد أي تكون غير مجدية اقتصاديا

- قـــد يكـــون لعنصـــر العمل أثر في زيادة الكلف الإنتاجية أو الخدماتية، كزيادة عدد ساعات العمل وخصوصا الساعات المسائية مما يزيد في كلف الإضـــاءة ونفقات الإشراف والتوزيع مثلا وغير ذلك من الأمور الإدارية والفنية والبديلة .

أمـــا الهدف من عملية احتساب وتسجيل الأجور ونفقاتها فيكمن في تحديد ما يجب أن يتحمّله المشروع أو المنشأة الصحية مثلا وفي فترة زمنية محددة مـــن كلف باختلاف طبيعة عمل العاملين بالمشروع كالتي تحدد على أساس شهري أو يومي، وهكذا حسب نوع الخدمة المقدّمة أو القطعة المنتجة كما في مصانع الأدوية والمستشفيات والمراكز الخدمية الصحية الأخرى ؛ فالرواتب لا تـــتأثر بحجم الخدمات الصحية المقدمة أو بحجم الإنتاج فقد اصطلح عليها علـــى أنهـــا جزء من التكاليف الثابتة بينما الأجور فهي متذبذبة حسب حجم الإنتاج وتعتبر ضمن التكاليف المتغيّرة .

كما يوجد في المنشئات والمشاريع خصوصا الخدمية منها إدارات لشؤون العاملين تهتمّ بشؤونهم كالتعيينات والرواتب والأجور وساعات العمل (الدوام كلــي أو جزئــي) والترقــيات والتنقلات والعقوبات وما إلى ذلك من أمور إدارية أخرى .

قــد يجري حساب الأجور على أساس عدد الوحدات المنتجة وليس على أساس ساعات العمل، وهنا يلاحظ أن الارتباط يكون على أساس مقدار حجم العمل (الإنتاج) وتكون العلاقة وثيقة وقوية وقانونها هو :

الأجر الممنوح = عدد الوحدات مضروبا في الأجر للوحدة الواحدة .

جــ- **التكاليف غير المباشرة** : وتنقسم إلى :

١ • تكاليف صناعية (الصناعة الصحية) غير مباشرة .

٢ • تكاليف بيعيه (كلفة تقديم الخدمات الصحية) .

٣ • تكاليف إدارية ، كلفة إدارة المنشآت والمؤسسات الصحية .

إيجاد معدلات التحميل لكلف المواد المباشرة = التكاليف الصناعية غــير المباشــرة لمركــز الإنتاج مقسومة على تكاليف المواد المباشرة لهذا المركــز مضــروبا في ١٠٠ % ، أي أن كلّ أمر تشغيلي لأي عنصر أو مــادة يجــب أن يمرر من خلال هذا المركز ويتحمّل تكاليف صناعية غير مباشــرة مــن كلفة المواد المباشرة الصادرة لهذا الأمر نفسه، وعلى الأسس نفســها فــإن معدل التحميل = الكلف الصناعية غير المباشرة لمركز الإنتاج تكــون مقســومة علــى كلف العمل المباشر نفسه للمركز نفسه (المنشأة) مضــروبا فــي ١٠٠ % . والمبدأ نفسه أو القانون أعلاه يمكن من احتساب

معـدل التحميل بعد القسمة على عدد ساعات العمل المباشرة ، أو من خلال عدد ساعات عمل المنشأة أو الآلات فيها ، أومن خلال عدد الوحدات المنتجة أيضا وهكذا...

قوائم الأعمال وتبحث في :-

١. قائمـة تكلفـة السلع أو الخدمات المباعة ، وتتضمّن التكاليف الإنتاجية المباشـرة المسـتعملة فـي الإنـتاج وتكلفة العمل المباشرة ؛ والتكاليف الإنتاجـية غـير المباشرة ، وتسوية المنتجات التي تحت التشّغيل (أول الفـترة ونهايـة الفترة) ، وتسوية السلع أو الخدمات التامة الصنع والتي تـتكون مـن: تكلفة السلع أو الخدمات المباعة (المقدّمة) = كلفة المواد المباشـرة المستخدمة في الإنتاج + تكلفة العمل المباشر + تكلفة التصنيع غـير المباشـرة + بضاعة تحت التشغيّل (أول المدّة) – بضاعة تحت التشـغيل(آخـر المدة) + البضاعة تامة الصنع – البضاعة تامة الصنع غير المباعة آخر المدة .

١. قائمـة المـواد الأولـية المستخدمة في الإنتاج ، وتبيّن هذه القائمة قيمة مجموع تكلفة المواد المستخدمة في الإنتاج المباشرة وغير المباشرة وعليه فـلا بدّ من أن تتوفّر لدى محاسب التكاليف البيانات الخاصة عن أرصدة المواد الأولية – أوّل المدة وآخرها وتكلفة المواد والمشتريات الأولية من المـواد الأولـية والأولية المرتجعة والمصروفة من المخازن لأغراض أخرى.

٢. قوائم الأرباح والخسائر في المشروع (الصحي) / قائمة نتائج الأعمال؛ بيان إيرادات المبيعات و / أو أسعار الخدمات المقدّمة وتكلفتها والمصروفات البيعية والإدارية من رواتب وأتعاب مدققي الحسابات والمحامين والمستهلكات من القرطاسية والأثاث والمصروفات الأخرى ، و ذلك لاحتساب مجمل الربح وصافي الربح كالتالي :

مجمل الربح = إيرادات البيع – تكلفة المبيعات .

١. صافي الربح = مجمل لربح – (مصروفات البيع للخدمات + المصروفات الإدارية) .

٢. دورات خاصة بمحاسبة التكاليف والإدارة المالية والمحاسبية بشكل عام .

حساب التشّغيل :

عند تقسيم عناصر التشغيل التي تكوّن ثمن تكلفة الإنتاج سواء للسلع أو الخدمات ومنها الخدمات الصحية والتي يظهرها حساب التشغيل من خلال نوعين رئيسيين هما :

١. عناصر التكلفة المباشرة التي يمكن تخصيصها مباشرة للوحدة المنتجة أو للخدمة المقدّمة وتشتمل على تكاليف المواد الخام والعمل وجميع المصروفات الصناعية المباشرة الأخرى ، وهذا ينسحب تماما على الخدمات بأنواعها كالخدمات الصحية .

٢. عناصر التكلفة غير المباشرة والمقصود بها العناصر التي ليس لها علاقة مباشرة أو ارتباط مباشر مع الوحدات المنتجة أو الخدمات المقدّمة

كالرواتب والإيجارات ومصروفات المياه والكهرباء والتنقلات وغيرها ... الخ.

دورة محاسبة التكاليف :

تبدأ الدورة الإنتاجية في المصانع مثلا بالمواد الخام حيث يتم تصدير المواد الخام للمراكز الإنتاجية التي تتولّى تصنيعها باستخدام العمل المباشر والمواد غير المباشرة وتحمل تكلفة المواد المباشرة وتكلفة العمل وتكلفة التصنيع غير المباشرة المقدّرة إلى حساب البضاعة تحت التشغيل وعندها يتمّ تحويل الكلف إلى حساب البضاعة التامة الصنع والجاهزة للبيع،

وبهذا تنتهي الدورة (دورة محاسبة التكاليف) ، وهذا ينطبق تماما على الخدمات كالخدمات الصحية وتندرج كلّها تحت حسابات :

١.حساب مراقبة المواد (مراقبة الأصناف) وهي في الجانب المدين، وتكلفة المواد الواردة وتندرج في الجانب الدائن .

٢.حساب مراقبة الأجور والرواتب وسجلاّت الوقت في أقسام الإنتاج وأداء الخدمات لكل عامل أو موظّف.

٣.حساب مراقبة تكاليف التصنيع وتقديم الخدمات غير المباشرة وتكاليف العمل غير المباشرة وتكاليف الصيانة والأجور والوقود والاستهلاك وغيرها من المصروفات الأخرى .

٤.حساب البضائع تحت التشغيل وكشوفات التكاليف في نظام أوامر التشغيل وتقارير الإنتاج في نظم المراحل المختلفة ، وتظهر في الجانب المدين جميع التكاليف الإنتاجية المرافقة للعملية الإنتاجية بمراحلها ، وتظهر في

الجانـــب الدائن منه تكلفة البضاعة أو الخدمات التامة الصنع أو الجاهزة لتقيمها لمتلقي الخدمات الصحية مثلا .

٥.حســاب البضـــاعة أو الخدمة تامّة الصنع أو الجاهزة للتقديم وتظهر في الجانـــب المدين من هذا الحساب تكلفة البضاعة أو الخدمة التامة المكتملة وفي الجانب الدائن تكلفة البضاعة أو الخدمة ذاتها .

٦.حســاب تكلفـــة البضـــاعة وتظهر في الجانب المدين منه تكلفة البضاعة المـــباعة أو الخدمة المقدمة ، يتمّ إقفال هذا الحساب في حساب المتاجرة وحساب الأرباح والخسائر .

تكاليف أوامر التشغيل :

وهـــي واحـــدة من نظم محاسبة التكاليف وهي غير نمطية وتستخدم في المشـــروعات ذات الإنتاج المتقطع والمتنوّع وتكون حسب الطلبيات أو طبقا لأوامر التشغيل بمواصفات معيّنة ولفترات متقطعة أو محدودة ومن منتج إلى آخـــر لأن هـــذا الانـــتقال يتطلب احتساب كلفة كلّ طلبية على حدة ، وقلّما تســـتخدم مـــثل هـــذه الطريقة في احتساب أية تكاليف من تكاليف الخدمات الصـــحية إلا فـــي بعض طلبيات وأوامر الشراء المحدودة لبعض المواد أو العلاجات النادرة الاستعمال أو الحدوث .

أبرز مراحل تكاليف التشغيل :

١.عملـــية تجمـــيع تكالـــيف لكل مرحلة إنتاجية سواء أكانت مباشرة أم غير مباشـــرة وخـــلال مـــدة محددة ويتمّ تجميعها أثناء عملية التنفيذ لأعمال المنشأة.

٢.يـتمّ تحديـد الكلفة للوحدة الواحدة المنتجة بطريقة متوسط التكلفة و ذلك بقسـمة مجمـوع تكاليف المرحلة على إنتاجها ، بينما في حالة الأوامر الإنتاجية تحدد تكلفة الوحدة المنتجة بقسمة تكلفة الأمر الإنتاجي على عدد الوحدات المنتجة .

٣.أن يتم الإنتاج في صورة نمطية متشابهة في المواصفات لتخزّنها لحين الطلب عليها ، بينما في حالات الأوامر الإنتاجية يتم الإنتاج طبقا لطلبات سابقة وبمواصفات وكميات محددة قد تختلف من أمر إنتاجي إلى آخر.

٤.قد تنشأ بعض التعقيدات في حالة تحديد تكلفة الوحدة المنتجة لكل مرحلة و ذلك نتيجة :

أ) – لوجـود وحدات التشغيل في بداية الفترة الزمنية الإنتاجية وتنتهي بانتهائها .

ب) – وجود وحدات تحت التشغيل في نهاية الفترة الحالية للإنتاج .

ج) – وجـود وحـدات قـد بدئ بإنتاجها خلال الفترة الإنتاجية الحالية وتنتج في الفترة الزمنية نفسها .

خطوات احتساب الكلفة :

أ) اختيار مركز التكلفة المحسوبة تكاليفه .

ب) تحديد أسس توزيع النفقات .

ج) تحديـد و وضـع الخطوات اللازمة للحصول على البيانات المحاسبية والإحصائية الضرورية .

د) عملية اختيار الطريقة الملائمة لاحتساب التكاليف .

التحليل النهائي للتكاليف :

أ) – عملية تجميع البيانات والإحصائيات الضرورية والوثائق والتراخيص وتنظيمها وتبويبها في جداول توضيحية خاصة .

ب) – عمليـة تدقيـق هـذه البيانات لتعكس بدقة وشفافية حجم وصورة التكاليـف المباشـرة التي قد لا تكون قد حمّلت لقسم آخر غير قسمها المعني .

ج) – تحميـل التكاليـف برمـتها للنشاطات المتنوعة وعلى ضوء الأسس الموضوعة والمعمول بها .

د) –المباشرة بعملية تسجيل البيانات وترتيبها تمهيدا لتحليلها سواء يدويا أو بواسطة الحاسوب للخروج بالنتائج المتوخاة .

أنواع المراحل الإنتاجية :

١.تـتابع المـراحل الإنتاجـية للمنتج الواحد أو لعدة منتجات التي قد تمر العمليـات الإنتاجـية نفسها لصناعة الخدمات الصحية وإمكانية تحويلها وتشـكيلها أو تحويرها من مرحلة إلى أخرى حتى وصولها إلى المرحة الأخـيرة كمـا فـي الصـناعات الدوائـية والخدمـات الاستشفائية في المستشفيات.

٢.توازي المراحل الإنتاجية ، وتستخدم هذه الطريقة في المنشآت الصحية التـي يمكـن أن تقسّـم عملـياتها الإنتاجية إلى مجموعات من المراحل

الإنتاجية كما في دوائر الاختصاص في المستشفيات العامة والتخصصية، والمقصــود هــنا بالتوازي هو ان المراحل الإنتاجية وحسب عددها فإنه يجــري تشغيل المنتج الأول مثلا عليها في الوقت نفسه الذي يجري فيه تشــغيّل المنتج الثاني في المراحل اللاحقة بمعنى سير المراحل الإنتاجية إلى جانب بعضها بعضا .

٣. تداخــل وتشابك المراحل ، ويمكن استخدام هذا النظام في حالة مرور المنتج على بعض المراحل الإنتاجية، وقد تختلف باختلاف المنتج ويتميّز هذا النظام عن غيره بعدم استقلالية مراحله بل بتشابكها في نقطة أو جزء مــن مرحلة معيّنة ثم ينفصلان ويتبع كل منهما لمجموعة مستقلّة أخرى كالاستشــارات الطبية من دائرة طبية إلى أخرى للمريض نفسه لأمراض عدة قد تحتاج لتخصصات متنوّعة حسب حالة المريض .

وتشتمل عناصر تكاليف المراحل والمعالجة المحاسبية على :

- تكلفة المواد المستخدمة لكل مرحلة .
- الأجــور والرواتب وتشتمل على مراحل تكلفة العمل وتكون في الجانب المدين .
- التكالــيف غــير المباشرة وهي نصيب أو حصة كل مرحلة من مراحل الخدمات الصحية المقدّمة والتي لا يمكن تخصيصها بشكل مباشر للمرحلة المعنية وهي في الجانب المدين أيضا .
- عمــل تقارير تكاليف الإنتاج لبيان جميع البيانات المتعلّقة بإنتاج وتقديم هــذه الخدمــات وبيان عملية توزيعها (إجمالي التكاليف) للوحدات التي

تحــت التشغيّل ؛ من خلال احتساب طريقة متوسط الكلفة حيث يتم تقسيم مجمل تكاليف العناصر الداخلة في عملية تقديم الخدمات الصحية (تكلفة كلّ عنصر على عدد الوحدات المعادلة له لاستخراج وتحديد تكلفة الوحدة الواحـــدة لهذا العنصر) وبجمع التكاليف لكل عنصر خدماتي ينتج تكلفة الوحدة الخدماتية التامة المراحل

- الطــريقة المحاسبية (الأول مضروبا في الأول) : فإنه من الممكن أن تخـــتلف تكلفـــة الوحدات المحولة إلى المراحل التالية لانها من الوحدات تحـــت التشـــغيّل أول الفترة أومن الوحدات المنتجة بالكامل وخلال الفترة نفســـها ، ويـــتمّ ذلـــك من خلال تحويل هذه الوحدات تحت التشغيل إلى وحـــدات معادلة بالنسبة إلى تكاليف التشغيّل ، فالوحدات المعادلة = عدد الوحـــدات تحـــت التشـــغيّل في بداية الفترة مضروبا في مستوى إتمامها (بالنســـبة للمواد أو العناصر الخدمية المضافة تدريجيا خلال عملية تقديم الخدمات الصحية) ، أما إذا كانت تضاف عند إتمام مستوى معين فيكون عدد الوحدات المعادلة بالنسبة للمواد صفرا؟ فإذا أضيفت في فترات سابقة أو مساوية لعدد الوحدات تحت التشغيل أو اذا لم تضف المواد أو العناصر إلى المنتج بشكل كامل بعد وتكون كلها ما زالت وحدات تحت التشغيل .

ويمكن الاستدلال محاسبيا من خلال:

* تكلفـــة الوحدة المعادلة = تكلفة المواد في الفترة الحالية مقسوما على عدد الوحـــدات المعادلة جميعها بالنسبة للمواد الداخلة ، وكذلك يمكن استخراج تكلفة التحويل كما يلي :

* تكلفـــة الوحدة المعادلة = تكاليف التحويل للفترة الحالية مقسوما على عدد الوحـــدات المعادلـــة جميعها بالنسبة لتكاليف التحويل * تكاليف الوحدات الـــتامة تحت التشغيل = تكاليفها مشتقة من الفترة السابقة + تكلفة المواد المســـتخدمة لها + عدد الوحدات المعادلة نسبة لتكاليف التحويل مضروبة في تكلفة الوحدة المعادلة من تكاليف التحويل.

* تكلفـــة الوحدات التامة التي بدئ بإنتاجها للفترة نفسها = (عدد الوحدات مضروبا في كلفة الوحدة المعادلة من المواد) + (عدد الوحدات مضروبا في كلفة الوحدة المعادلة من تكاليف التحويل) .

* تكلفة الوحدات تحت التشغيل في نهاية الفترة = كلفة المواد المستخدمة + عـــدد الوحدات المعادلة منها بالنسبة لتكاليف التحويل مضروبا في تكلفة الوحدة المعادلة من تكاليف التحويل . (م ١٤) .

ويتبقى احتساب الأجزاء التالفة أثناء مراحل التشغيل، وهي إما تلف عادي وهـــو محـــدود النســـب وضمن الحدود المسموح بها وحسب طبيعة المنتج (الخدمـــة الصـــحية المنتجة)؛ التلف غير العادي وهو الذي يزيد عن الحدود المســـموح بهـــا ويخضـــع للرقابة ويمكن تجنبه باتباع بعض الإجراءات الاحـــترازية، وتعتبر خسارة فعليّة ولا تحمّل للإنتاج الجيد للخدمات وترحّل خســـائرها لحســـاب الأربـــاح والخسائر، وهذه لمحة موجزة حول موضوع محاسبة التكاليف الإجرائية والمالية المحاسبية (م ١٠،٩،٨،١٢،١١) .

الفصل السادس

أخلاقيات العمل بالمهن والخدمات الصحية

الإجراءات القانونية والتعليمات الإدارية

١. **إيذاء المرضى** : حيث تعتبر المنشأة الصحية (المستشفى) مثلا مسؤولة قانونـــا عـــن تعويـــض أي إنسان قد لحق به أذى أوعانى من أية خسارة بســـبب إهمـــال أوتقصـــير أي فرد من أفراد المنشأة الصحية أثناء قيامه بواجـــبه وعليه فتكون هذه المنشأة الصحية مسؤولة مسؤولية قانونية عن أي إيـــذاء أوخسارة نتيجة لأي خطأ فني مقصود أوغير مقصود حتى من أي من العاملين قد يتعرّض له متلقي الخدمة (المريض) ، وهذا الإجراء القانونـــي يطـــبّق في كلتا الحالتين : سواء أكان إهمال في الأداء الفعلي للعمـــل أم أثناء الإشراف أم حتى عند وجود الخلل في نظام العمل نفسه ، وبالمقـــابل فـــلا يمكـــن أيضاً التجاوز عن أخطاء متلقي الخدمة الصحية (المريض) فهو مسؤول عن تجاوزاته وتتم محاسبته بالقانون عن أي تلف أو إيذاء أو أي إخلال بالشروط القانونية .

٢. **إيـــذاء العامليـــن والزوار** : فإن سلطات المنشأة الصحية والعضو الملام سيان، فهما مسؤولان عن أية أضرار أو إيذاء للأشخاص ما عدا منتهكي لوائح القوانين والأنظمة المعمول بها .

٣. **نقــض الاتفاقــات** : ويكون ذلك بالنسبة إلى شراء المعدات والتجهيزات واللــوازم أو الارتــباط مع الموظفين أو صرفياتهم فإن المنشأة الصحية مسؤولة قانونيا عن نقض الاتفاقيات والعقود .

٤. **عملية إدخال حالات الأمراض العقلية أو المعدية إلى المنشأة الصحية :** يجــب الخضــوع للإجراءات القانونية إن وجدت من قبل المسؤولين في المنشأة الصحية .

٥. **ممتلكات متلقي الخدمات الصحية (المرضى) :**

١ – ٥ عدم السماح لأي مريض بإحضار ممتلكاته الثمينة الى المنشأة وان سمح بذلك فينبغي إعداد قائمة من نسختين على الأقلّ تجرد بها هذه الأشــياء الثميــنة ، تعطى نسخة للمريض وتحفظ النسخ الباقية لدى الموظّف المسؤول ، أما في حالة الإدخال المستعجل (الطوارئ) فإذا كــان المريض بحالة الوعي فلا مشكلة أما إذا كان غائبا عن الوعي (حالــة غيــبوبة) ومعــه أحد المرافقين فتسلّم له بموجب إيصال رســمي أو تسلّم للباحث الاجتماعي أو لرجال الشرطة أيضا بموجب الإيصــال الرسمي ، أما إن لم يجد أيا مما ذكر، فتسلّم لموظفين من إدارة المستشــفى بقائمة مقابل التوقيع لحفظها لحين ردها لأصحابها بمحضر رسمي .

٢– ٥ في حالة المرضى النفسيين يوجد العديد من البدائل :

أ) – يمنع قبول أية أشياء ثمينة منعا باتا من قبل إدارة المستشفي .

ب) – أمـــا إذا كان المريض النفسي بحالة معالجة أو مراجعة مؤقتة فقـــط تقبل أشياؤه الثمينة إلى حين الانتهاء من الفحص الطبي المجـــرى له وترد بعد ذلك مع اتباع الشروط الواردة في البند الخامس أعلاه .

٣ – ٥ ممـــتلكات مرضــــى العيادات الخارجية : عادة لا توجد أية مشاكل تذكر ولكن ينبغي توخي الحيطة والحذر .

٤ – ٥ هنالك بعض المواد أو الأمتعة الشخصية التي لا يمكن قبولها مطلقا كالأسلحة النارية والمتفجرات والمواد السامة والروائح النفاذة وتبلّغ الشرطة (الأمن) بذلك في حينه لإجراء اللازم .

٦ . التصرّف بممتلكات المرضى :

١ – ٦ يشترط توقيع المريض على قائمة أغراضه عند استلامه لها من قبل إدارة المنشأة الصحية (المستشفى)

٢ – ٦ في حالة اعتراض المريض وادعائه فقدان بعض أشيائه التي سلّمها عـــندئذ يتوجـــب التحقق من قائمته وإجراء التحقيق الرسمي من قبل السلطات الرسمية المسؤولة .

٣ – ٦ عند وفاة المريض ينبغي تسليم حاجياته لورثته إذا كانوا معروفين أو تســـلّم عـــن طريق المحكمة إذا كانت لممتلكاته أهمية مادية أو حتى معنوية .

٧– موافقة المرضى على إجراء العمليات والفحوصات الطبية :

١ – ٧ لا يحـــق لأي شخص أو مستشفى التصرّف بجسد أي مريض بدون أخذ موافقته مسبقا ، وإلا تحملت المستشفى المسائلة القانونية.

٧ - ٢ حضـــور المـــريض للعـــيادات الخارجية هو بمثابة موافقة ضمنية لعلاجه وفحوصاته .

٧ - ٣ العملـــيات والفحوصـــات الداخلـــية (الكـــبرى أو الوسطى أوحتى الصـــغرى) المستعمل معها التخدير تؤخذ موافقته الخطية إذا تجاوز عمـــرة إحـــدى وعشـــرين سنة أو حسب القانون و إذا لم يبلغ السن القانونية فيؤخذ موافقة وتوقيع وليّه أو محامية الموكل عنه قانونا .

٧ - ٤ أن يتضـــمّن الـــنص القانونـــي للموافقة الخطية السماح بإجراء أية عمليات أو مداخلات ضرورية أو إسعافية يحتاجها المريض ، أما إذا أدخـــل المريض بحال الغيبوبة (فقدان الوعي) مع عدم وجود ذويه أو ممـــثله القانوني، فللمستشفى حق التصرّف لإنقاذ حياته مع إبلاغ الجهـــات الرسمية (شرطة المستشفى) بذلك وتدوين كلّ الإجراءات المعمولة له في ملفه الطبي ممهورة بتوقيع الطبيب المعالج .

٧- ٥ كمـــا أن الـــزوج لا يملك حق الرفض في حالة موافقة زوجته على إجـــراء أيـــة عملية جراحية علاجية، وعليه فلا بد من اتفاقهما قبل الولـــوج إلى المستشفى مثل عمليات ربط قنوات فالوب أو استئصال الرحم.

٨- **تحذيرات هامة** :

الجبائر ضعيفة الجبس (الجص) القابلة للكسر إعطاء أو صرف الدواء والحقـــن الخطأ ، عمليات تثبيت الذراع بعد العمليات الجراحية مثلا ، إجراء عملـــيات فـــي المناطق السليمة خطأ ، أو أجراء عمليات لأشخاص آخرين

بطريق الخطأ كتشابه بعض أسماء المرضى ، نسيان أجسام غريبة مصادفة داخـــل أجســـام المرضـــى كبعض الأدوات الجراحية الصغيرة أو قطع من الشاش، تناول الطعام الضّار، غير المناسب لحالة المريض (الحمية الطبية) الأرضـــيات التـــي تساعد على الانزلاق أو استخدام مواد قد تصبح لزجة أو زلقـــة للمارين عليها ، الأخطاء الإنشائية والتصميمية الخطرة وكل الأسباب التي قد تكون مدعاة للمقاضاة القانونية؛ لذا تحذّر الإدارات الصحية من خطر الوقوع في مثل هذه الأخطاء ذات المسائلة القانونية .

٩ - **استفســـارات حول ظروف المرضى** : ينصح دوما بالمحافظة على ســرية المعلومات لأي مريض ، وفي حال حدوث أية كوارث صحية يجب اتخـــاذ التدابـــير اللازمة للحد من تفاقمها وإعلام الجمهور و وسائل الإعلام بطـــريقة لـــبقة وعـــدم تضخيم المواقف الطارئة وان يكون الناطق الصحي شخصـــا لبقا ومتفهما لأساليب محاكاة المجتمع والإعلام والرد مباشرة على جمـــيع الاستفســـارات من أية جهة كانت والاستجابة المباشرة لاستدعاءات المحاكم والتقيد بالقانون والتعليمات التنفيذية .

١٠- **المنح والهدايا والرغبات** : الامتناع عن قبول المنح والهدايا من قـــبل جمـــيع العاملين بالحقل الصحي لأن ذلك قد يؤدي للمسائلة والمحاسبة القانونـــية مســـتقبلا وعند حدوث أية نزاعات مع متلقي الخدمات الصحية أو ذويهم .

أمـــا عـــن رغـــبات متلقي الخدمات الصحية (المرضى) ككتابة وصية مـــريض مثلا فعلى الإدارة عمل الترتيبات اللازمة لذلك مع الدائرة القانونية

شـــريطة أن يكـــون المريض بالغا السن القانونية وعاقلا وان تكون وصيته مكتوبة وموقّعة منه وبحضور الشهود وتوقيعهم معه على الوصية وعلى أن تكون مؤرّخة وعلى نسخ عدة مع تحديد مقدار الثروة أو الغرض الموصّى به وهكذا ...

١١ - مغـــادرة المستشفى على مسؤولية المريض الشخصية أو ذويه : حيث لا يجوز إجبار المريض على البقاء في المستشفى ضد رغبته لكن يجب نصـــحه، وعند مغادرته يؤخذ توقيعه، وإذا رفض التوقيع يدوّن الملاحظات من قبل الطبيب والتمريض وبشهادة الحضور ما أمكن .

١٢ - الـــولادات والوفـــيات والانـــتهاكات : ضرورة الإبلاغ عن جميع حالات الولادة والوفيات في المستشفيات للجهات المختصّة كمديرية الأحوال المدنـــية ، كمـــا يحضر تواجد أي شخص في المرافق الصحية، بدون أخذ الموافقـــة الضمنية أو العلنية من إدارة المؤسسة الصحية لأن في ذلك انتهاكا لحرمـــتها ويمكـــن اســـتدعاء الأمن لإقصاء أي منتهكين لحرمة المؤسسات الصحية ومحاسبتهم جزائيا .

١٣- النواحـــي القانونـــية والتعامل معها (المواد والتعاملات/ التعرّض) كالســـموم والأدويـــة والمضادات الحيوية والعقاقير الخطرة والمواد المشعّة والخطرة و ذلك بتصنيفها وتسعيرها وعمليات تخزينها وصرفها مع مراعاة جمـــيع القوانين الموضوعة والمتعلّقة بذلك من قبل العاملين بقطاع الخدمات الصحية كموظفي المستشفيات مع مراعاة حقوق العاملين حسب قوانين العمل المرعـــية مـــثل تســـديد المستحقات وتحديد ساعات العمل وظروفه والعمل

الإضـــافي وغرف الاستراحات وشروط التعاقدات وفصل الموظفين ، وكما يجـــب دراسة الإجراءات المتبعة لمثل هذه الغايات بحرص وعناية فائقة مع توفير أسس العدالة وضمان كافة حقوق العاملين بأمانة كون عملهم له مساس مباشر بحياة المواطنين وصحة المجتمع .

١٤ - **خطــط الكوارث والحالات الطارئة :** على المدرين الصحيين دوما أخـــذ الحـــيطة والحـــذر تحســـبا لأي طـــوارئ، كذلك يجب أن يكون لدى المؤسســـات الصـــحية وفي جعبتها خطط عامة ومتكاملة لمواجهة الحالات الطارئة بأشكالها وأنواعها ومناسبة لأي ظرف وعلى المستويات كافة، ذلك مـــن خـــلال تضـــمين خطة الطوارئ العناصر والخدمات اللازمة وأهمها : الخدمات الإدارية والسجلاّت والمعلومات والاتصال ، والخدمات الاجتماعية والهندســـية والصـــيانة والـــنقل والتزويد ، وخدمات مكافحة التلوّث وتأمين الحماية الشخصية وغيرها ، كل هذه الخدمات يجب أن تكون مصممة بالقرب من المؤسسات الصحية أو ملحقة بها كمحطات المعالجات الأولية والتصنيف والاستقبال ومعالجة الصدمات والحالات النفسية والتمريضية والتزويد ببنوك الـــدم والصـــيدليات و وحـــدات معالجات التلوث، ويتمّ ذلك من خلال تعيين مســـؤولين متخصصين لذلك ، مع مراعاة تجهيز هذه المؤسسات وتزويدها بأنظمـــة الإنـــذار السريعة والفعاّلة، والتنسيق مع إدارات الدفاع المدني من خـــلال شـــبكات الاتصـــالات السلكية واللاسلكية ، مراعاة عمل التدريبات الوهمـــية من وقت إلى آخر للإبقاء على الجاهزية والاستعداد الدائم لضمان السلامة العامة وسرعة الحركة سواء الرأسية أو الأفقية وتنظيم حركة السير، وتوفير خدمات التغذية والمخزون الغذائي وصلاحيته ، ومراقبة شبكات المياه

والمجـــاري العامة والكهرباء والمولّدات الاحتياطية والمشرحة واستيعاب كلّ المتطوعيـــن للعمل أثناء الظروف الطارئة ، بالإضافة إلى إجراء المراجعة والتقييم لخطط الطوارئ بشكل دوري ومنظّم .

التحقق من منهجية عمل الإدارة الصحية :

أما عن كيفية اختيار إجراءات التحقق من كيفية الأداء لمنهجية العمل في مـــيدان الخدمات الصحية ، أي متى يمكن قبولها ، هل بعد فحصها أو هل يكـــون الفحص مبنيا على الاحتمالات ؟ وخصوصا بعد تحضير الأدلة التي تمكّـــن مـــن قبول المنهجية للعمل الإداري وايجاد الحلول المناسبة للمشاكل الاقتصـــادية والإدارية كالمعقولية ، أي أن تكون منسجمة مع الحقائق العلمية وغـــير خيالـــية أومتناقضـــة ، وامكانية التحقق وقابلية خضوعها للفحص التجريبـــي أو القياس ، والقدرة على تفسير الظواهر المدروسة ، وضرورة التـــناغم مـــع الواقع والنظريات القائمة جزئيا أو كليا ، والبساطة والسهولة وعدم التعقيد ما أمكن .

مناقشة أهمية استخدام الحلول الإدارية و ذلك عندما يكون هدف الدراسة هوالبحـــث عن تفسير للحقائق والكشف عن أسبابها وعواملها التي أدت الى ظهـــور المشـــكلة أو الى تحليل الظاهرة الماثلة أمام الدراسة لأن عملية بناء الأدلّـــة الإداريـــة العلمـــية والعملية ستوجه الجهود في عملية جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالقضايا الاقتصادية من حيث الكلفة ومطابقتها للمعايير الدولـــية ، ومـــن ثم تحديد تلك الإجراءات واساليب البحث المناسبة لاختبار الحلـــول المقترحة ، ثم تقديم هذه المقترحات لتوضيح العلاقات بينها لتفسير

مثل هذه المتغيرات المستجدّة والطارئة، وتحديد العلاقات لتمد الدارس بإطار نـــتائج البحـــث والدراسة، واخيرا لتزويده بكم من الفروض الأخرى وكشف الحاجـــة أمامـــه لطـــرق أبحـــاث أخرى مكمّلة لذات الموضوع أو للتطرق لمواضيع أخرى جديدة ، كما سنرى لاحقا .

ببروز الحاجة وتحديد توقيتها لتطبيق قواعد وقوانين الإحلال الفعاّل للكلفة والمـــنفعة والابدال عن الآلية المستخدمة للقياس والأدوات اللازمة لذلك فإنه ومـــن خـــلال طـــرق البحث العلمي قد تم استخدام طرق الملاحظة وإجراء المقـــابلات واســـتخدام نماذج الاستبيان لدراسة المجتمع واحتياجاته للخدمات الصـــحية بشقيها العلاجي والوقائي وبأقل التكاليف وبقياس المنفعة بحدودها العظمـــى والحديـــة و ذلك من خلال أخذ العينة الممثلة للمجتمع ، حيث ان مجـــتمع البحـــث هوجمـــيع الأفـــراد العاملين بالمهن الصحية والشخصيات الاعتبارية والأجهزة والمعدّات اللازمة لمعالجة موضوع المشاكل الاقتصادية الناجمة من خلال الممارسات اليومية العملية .

فعيـــنة الدراســـة لحـــل مثل هذه المشاكل يجب أن تكون ممثلة للمجتمع الأصـــلي و ذلك بعد تحديد هذا المجتمع وافراده لأغراض البحث والدراسة وبعـــدد كاف يشمل جميع القطاعات من تجانس أو تباين مع ضرورة توخي درجة غاية في الدقة، وعلى أن يكون أسلوب البحث المستخدم بشقيه المسحي والتجريبـــي قـــد راعى المسح الاجتماعى في تحليل العمل وتجزئته وتحليل المضمون وأخذ الرأي العام .

كذلك تحليل الحاجة للخدمة الصحية من مقدميها ومتلقيها كماً ونوعاً وكيفا وفي التوقيت المناسب ، تحديد نوع العينة كعينة منتظمة مثلا. لذا عند البدء بالدراسة والإعداد لها يتوجب أن يكون الاستبيان ذا مقدمة توضيحية ، ثم يلاحظ أنه ليس طويلا ولا يحتوي أسئلة غير ضرورية أو غير مبررة .

كما يجب أن تمتاز الأسئلة بسهولتها وببساطتها ، مع ملاحظة أن إجابات الأسئلة والمعلومات قد تكون غير معروفة إلا لدى المفحوصين فهي غير موثقة بسجلات على الأغلب والهدف منها الحصول على الرأي العام والموقف والانطباع ، كما يجب أن يحتوي الاستبيان على أسئلة تنشيطية وتنفيسية لجذب المفحوصين ، وان تكون مرتبطة بمشكلة البحث وتحتوي على فكرة واحدة فقط وغير إيحائية ما أمكن ؛ وكذلك أن يكون الاستبيان دقيق الصياغة ، ومتين البناء ، ومشوقا ، ومحددا ، وموضوعيا ، أما المقابلات الشخصية فقد تستغرق وقتا طويلا .

هذا وقد أجرى الكاتب دراسة علمية على الواقع الصحي الأردني وامتازت الاختبارات بمجملها بالموضوعية والصدق والثبات والتقارب بالنتائج و ذلك باستعمال طريقة التجزئة النصفية (**Half Split Method**)

وقد تمت مراعاة المفحوصين من حيث التجانس والزمن والمستوى الثقافي ما أمكن ، وقد تم احتساب معاملات الارتباط مع توضيح السمات المشتركة ، ودراسة العلاقات من حيث الدراسات العلمية (المقارنات) والدراسات الارتباطية (النمائية) النمو والاتجاه والنبوءات لتقويم الأسلوب الوصفي ، الذي بدوره يقدم تفسيرا وتحليلا للظواهر والانفجارات الصحية

للمســـاعدة علـــى فهـــم العوامل المؤثرة فيها من خلال المعلومات والبيانات المقدمة للمساعدة في قرارات راسمي السياسات والتخطيط الصحي مع توخي الدقة وعدم التحيز في جمع البيانات وتحليلها واخراج نتائجه كل ذلك لإثبات الفرضية المقترحة بحياديّة وبنزاهة مطلقة قدر المستطاع .

فـــيجد الدارس مثلا بعض الأنظمة الإدارية الصحية في معظم دول العالم أنهـــا تفـــتقر إلى الكثير من الحلول الملائمة للمشكلات الإدارية والإقتصادية للـــنظم الصحية بأنواعها سواء أكانت نامية أم انتقالية أم متقدّمة ، فكل نظام صحي له مشاكله الإدارية والاقتصادية والمالية ويصادفه الكثير من العثرات أثـــناء مســـيرته بناء وتطويرا وتحديثا . مما يستدعي البحث الدؤوب لإيجاد الكثير من البدائل المعقولة لانتقاء البدائل الأكثر ملائمة والفعّالة وغير المكلفة ماديـــا، وكذلـــك محاولة إيجاد الطرق الفضلى لإحلال هذا النظام أوالتعديل مكان ذاك النظام القديم المعمول به .

أكـــثر مـــا يصـــادف أي باحث أو اداري عامل من مشاكل في الأنظمة الإدارية الصحية هي مشكلة النفقات وعملية خفضها دون أن يؤثر ذلك على جودة الأداء ، تحديد نوعية سير النظام الصحي في هل هو مركزي أم غير مركـــزي ، فلكل من النظامين العديد من الإيجابيات والسلبيات فمن إيجابيات النظام المركزي (مركزية الإدارة) كأن تبدوالخدمات الصحية أكثر شمولية وتخطيطا تبدو اكثر مراعاة للمتطلّبات الأساسية كمقابلة الخدمات الصحية مع مدى الحاجة إليها .

امـــا الخدمات الوقائية فقد تصل إلى حد التساوي أو التعادل مع الخدمات العلاجية ، ويلاحظ بأن الكلفة تكون محدودة أكثر من الأنظمة الأخرى ، مع مراعاة إمكانية الاستفادة القصوى من مصادر الخدمات الصحية.

فلـــو تمّ النظر الى فوائد وايجابيات النظام الإداري اللامركزي فيلاحظ أن الخدمـــات الصـــحية قـــد تكـــون أكـــثر مـــرونة ومشاركة إدارية وتقليصا للبيروقراطـــية الإداريـــة والتســـلط فـــي اتخاذ القرار وامكانية إعادة تقدير الاحتياجات المحلية وتخمينها بشكل أكثر دقة وتحديدا ، هذا علاوة على أن الشـــؤون الإداريـــة قـــد تكـــون ذات فعالية أكثر واكبر في النظام الإداري اللامركزي.

يحاول الإداريون جاهدين تزويد المؤسسات الصحية مثلا باللوازم بأنواعها والمعـــدّات والمســـتهلكات والعقاقـــير الدوائية وغيرها من متطلبات لازمة لاستمرارية وضمان بقاء سير المنشأة الصحية وبطرق متعددة منها عمليات الـــتوريدات وطرح العطاءات والمناقصات واستدراج العروض و '/ أو حتى اللجـــوء إلى سياسة التلزيم أحيانا بأقل التكاليف غالبا لممارسة عملية ضغط الإنفـــاق ، ممـــا قـــد يؤثر سلبا على النوعية والجودة أو المواصفة المعتمدة والمطلوبـــة ممـــا قد ينعكس بالتالي سلبا أيضا على صحة المريض وعلى فاعلية أداء الطبيب (مقدّم الخدمة الصحية) . م (٧)

انّ مـــثل هـــذه الأمـــور الفنّية لا يمكن للإدارات التقليديّة مراعاتها بدقة وحساســـية وشـــفافية ، لذلك فإنه لزاما لابد من استحداث الأساليب العملية والكفـــيلة لدفـــع عمل منظومة التطوير الإداري في اختيار الأنسب من هذه

اللـــوازم والـــبدائل ذات المواصفة العالية الجودة والفعالية كما في ممارسة أعمال عطاءات ومناقصات العقاقير الدوائية وبدائلها الأنسب وكيفية التعامل مـــع الشـــركات المنتجة من خلال استدراج عروضها ومحاولة تحقيق مبدأ المنافســـة لتصـــل الخدمـــة لمستحقّيها (المرضى) بأقلّ كلفة واعظم منفعة وشمولية لأكثر شرائح المجتمعات حاجة .

الباب الثاني

علم الإقتصاد الصحي

الفصل السابع: اقتصاديات الصحة وتعريفها

الفصل الثامن : دراسة ميدانية للوضع الصحي في الأردن

الفصل التاسع: دراسة مقارنة محلية وعربية ودولية

الفصل العاشر: العناصر المؤثرة على شراء التأمينات الصحية

الفصل الحادي عشر: التعريف ببعض المصطلحات الاقتصادية

الفصل السابع

اقتصاديات الصحة و تعريفها

لمحة موجزة :-

إن الهدف من هذه الدراسة يتلخص في محاولة ربط حقل اقتصاديات الصحة ومشكلاته بعلم الاقتصاد الأم، و ذلك من خلال المراجعات الاقتصادية لموضوعات الرعاية الصحية والطبية العلاجية ودعمها من خلال الأدبيات والتعريفات والمبادئ الاقتصادية للصحة وطرح التساؤلات التي تثير وتفسّر الكثير من الظواهر والجوانب لهذا الموضوع ، ولتوضيح هذه المفاهيم من خلال مناقشة القضايا الصحية والعاملين بها والمتعاملين معها على السواء ، كمزودي الخدمة الصحية ومتلقي هذه الخدمة من خلال العرض والتحليل وإبداء الآراء وبعض الملاحظات عند التعرض لبعض التعريفات، وتوضيح المفاهيم لاقتصاديات الصحة والصناعة الصحية وبيان خصائصها والمساهمات والمشاركات من حيث أهمية الموقع والتنظيم والتحليل ورسم السياسات والتخطيط والأسواق والعمليات السوقية والتأمينات الصحية ودورها وأثرها في الإنفاق والموازنات والإدارة المالية الصحية والبحث العلمي والتعليم الطبي إضافة للتطرق لأهم الإصدارات الصحية المتعلقة بالاقتصاد الصحي.

والهدف الرئيس هنا هو بيان أثر النظم الإدارية على الإدارة الصحية مع تطبيقاتها على أرض الواقع ، من خلال البحث في الأهداف الخفية ومحاولة

تحقـيقها لضبط عملية (الحد من الوفيات ، وإطالة العمر والوقاية من فتك الأمـراض مـع الإقـلال من نسب انتشارها – Morbidity rates – وبحث العوامـل المؤثـرة على صحة الإنسان ورفع مستويات المعيشة والظروف البيئية المحيطة لتتلاءم وتطلّعات البشرية محققة طموحات الإنسانية نحو حياة أفضـل ، ثقافـيا واجتماعـيا وسياسيا واقتصاديا أو معيشياً.هذا مع مراعاة محدودية الموارد وتقليل الكلف وتعظيم الفوائد والمنافع وعدم هدر الوقت ؛ لـذا نجـد أن نظريات الاقتصاد الصحي قد تصدت لمجمل العقبات وتذليلها خدمـة للمستهلك وبأعلى عوائد لمقدميها محافظين على المستوى الأمثل من تـوازن سوق العمل والخدمات الصحية ، مما يزيد من نسبة الدخل الحقيقي للمؤسسات الصحية مع مراعاة أوقات الراحة وتحديد ساعات العمل ويتحصّل ذلـك مـن خـلال إجراء الدراسات الإحصائية والمعيارية وحتى الدراسات الإكـتوارية لبعض هذه المحددات والعناصر المؤثرة على أداء وفاعلية إدارة الخدمات الصحية واقتصادياتها .

بالـنظر إلـى حجـم الاستهلاك الاقتصادي للخدمات الصحية الحالية والمسـتقبلية يلاحـظ أنها تحتلّ جزءا كبيرا – جرّاء الجهود المبذولة سابقا وحاليا – من المؤهلات والطاقات والخبرات الصحية التي ستكون شاهدا في المسـتقبل القريب على قدرتها من النفاذ للعديد من العناصر الأساسية أعلاه كالأرض ورأس المال والعمالة الصحية التي بمجملها ستكون بمثابة المحرّك الـذي يعطـي النظام الصحي القدرة على امتصاص واستيعاب الصدمات أو الهـزّات التـي قد يتعرّض لها النظام الاقتصادي الوطني لأي بلد في العالم وخصوصـا الـبلدان محدودة الموارد والإمكانات (الدول النامية) من خلال

تعويـــض أي نقــص قد يحصل و ذلك بالاستفادة من الموارد المتوفرة من المصادر الطبيعية المتاحة كالأملاح والمعادن والثروات الطبيعية الأخرى .

بمعـــنى الاســتفادة الإقتصــادية الموضوعية والكاملة وما تعود به على الاقتصـــاد الوطني كاملا ولما قد يحتاجه النظام من الجهد المضاعف ورأس المـــال المقنن المسمى بالجهد الاقتصادي لإعادة تعيين واستعمال وتشغيل أية مشاريع معينة ومحددة من جديد وبكفاءة عالية أكبر . (م ٣)

لابـــد مـــن اســتخدام خصائص بعض السلع والخدمات وخصوصا السلع الرأسمالية، مع ضرورة تحديد الكلف الرأسمالية والإنتاجية الداخلة في العملية الإنتاجـــية وفي إعادة عملية التدوير والهيكلة للإنتاج المطلوب مع ضرورة تفعيل العملية التعليمية للاستثمار المجدي اقتصاديا (استعمال البرامج التعليمية والمنهجية الاستثمارية) وجعلها عوامل إنتاجية فعّالة وكبيرة كما في الكلّيات الطبـــية، فالمتابع لها سينظر باهتمام إلى رأس المال الكبير المستثمر فيها؟ فالعـــائد هـــو حـــياة الإنســـان ورفـــاه الإنسانية الصحية التي لا تقدّر بثمن (م ١٥، ٤).

كما قال القائد الباني : "**الإنسان أغلى ما نملك** " ، لذلك ولمثل هذه الأمور والحالات الإنتاجية للسلع والخدمات كالسلع الدوائية والتجهيزات العلاجية لابد من استخدام طرق الإنتاج المباشر المتطورة تكنولوجيا والمعقّدة فنيا وتوفير اللازم من رأس المال المستثمر ومعاملات الوقت والنوعية والكمية المناسبة وبالطـــرق غـــير المباشرة غالبا (TimeConsuming- Indirect Methods)، فـــالذي ينظر للنظام من الداخل ويتأثر به حتما ستكون نظرته مختلفة تماما

عمـــن ينظر إليه من الخارج ، لأن من ينظر من الخارج سيصطدم وسيفاجأ بحقـيقة الإنـــتاج الكـــامل للســـلع والخدمات ولا يعرف شيئا عن العمليات والمعالجـــات الفنـــية التـــي تمت حتى أصبحت سلعا وخدمات جاهزة ومعدّة للاســـتهلاك، هـــذا هـــو الهدف المستقبلي للعملية الإنتاجية . إن هذا التداخل وتشـــابك المراحل المتعددة التي يمر بها أي منتج سواء أكانت سلعة أم خدمة حـــتّى تصـــل إلى المستهلك فلا يعرفها إلا من هو داخل النظام الاقتصادي ويكون متفاعلا معه ويعمل به أومن خلاله كالطبيب الذي يعمل في مستشفى عـــام مثلا فهو وحده الذي يمكنه أن يدرك الكم الهائل من العمليات الإنتاجية وتداخلاتهـــا من بداياتها حتى جاهزيّتها وامكانية تقديمها كخدمة صحية لأي مريض يحتاجها . (م ١١، ٢١).

الهـــدف يـــتركز في تحقيق أعلى إنتاجية ممكنة وبأقل الأسعار والتكاليف والـــبقاء دوما على قمة منحنى الإنتاجية وتحقيق المنفعة والوفر الاقتصادى المطلوب ، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال السيطرة والتحكم بعوامل قيام السوق (السوق الصحي) وعناصره والقائمين عليه وأثرهم ومقدار الدخل الصافي المـــتحقق مـــنها ، خصوصـــا أســـواق الخدمات الصحية وصناعاتها بشكل موضـــوعي محاوليـــن تحديد الاختلافات والبدائل وعناصر الإحلال مقاسة بالكلفـــة ومقســـومة على الدخل المتحقق عنها ، تم تحديد الفروقات والعوائد الماديـــة والمالـــية ســـالبة كانت أم موجبة مع بيان وتعليل السبب مبينا حجم الذوق والرغبة والحاجة، مع ضرورة تحديد المعوقات الناشئة مع كل مرحلة علـــى حـــده إن وجـــدت ؛ ومحاولـــة سد الثغرات (Lags) و ذلك بإجراء

الـــتعديلات أو التغييرات المطلوبة (تحديد المثالب) وإيجاد الحلول اللازمة سواء لجانبي الطلب أو العرض وادواتهما .

أمـــا عـــن ماهية الآلية المستخدمة لتطبيق الفرضية التي اقترحها الباحث وناقشها واستخدامه الاستبان كوسيلة مساعدة وهي فرضية الإحلال والإبدال الفعّالـــة المقـــترحة ، المقاسة بالمنفعة الحدية وغيرها من الأدوات الموصلة للهـــدف المـــرجو مـــنها ، بمعـــنى بحث الكيفية لصياغة الفرضية والأسس والمعايـــير التي تجيب وتلبي الغرض المطلوب ، وهي تفسيرات أو إجابات مقـــترحة أو مؤقـــتة يشتمل عليها الكتاب لتمثيل علاقة بين متغيرين أو اكثر مســـتقل أو تـــابع ، طرديا أو سلبيا أو عدم وجود أي ارتباط أو ان الفرضية مباشـــرة أو صفرية ، فالعلاقة المباشرة مثلا تؤيد وجود الفروق ، والعلاقة الصـــفرية لا تؤيد وجود الفروق الإحصائية، لأن قياسها والتحقق منها ممكن حـــتى تكون الحلول المقترحة محسوبة مسبقا، (كالمعرفة المسبقة والواسعة التخـــيل والجهد المبذول واختبار الفروض والاستنباطات التي توائم الوضع الصحي القائم والمتوقع مستقبلا) .

بذلـــك يكـــون دور الطبيب هنا مكمّلا للعمليات الإنتاجية الأولية والثانوية والمـــتقدّمة بدايـــة من رأس المال اللازم والأرض التي أقيم عليها المستشفى والأبنـــية والتجهيزات والمعدّات الطبية وغير الطبية والمساعدة حتى إمكانية التشـــغيل للمستشفى وما يحتاجه من لوازم طبية وغير طبية إضافية مع عدم إغفـــال أهمـــية العنصر البشري (العمالة الصحية) لاكتمال الحلقة الإنتاجية الصحية ، فالمريض هنا لا يدرك ما تمّ إنجازه حتى وصلته الخدمة الصحية اللازمـــة كاملة بهذه الصورة كمنتج نهائي، وقس على ذلك بقية إنتاج السلع

والخدمـــات المقدّمة للمستهلك، وبناء على ما تقدم يمكن **أن يعَــرف الاقتصاد الصحي بأنه :**

" **ذلك العلم الذي يفسّر المفاهيم والظواهر الاقتصادية للخدمات الصحية مـــع محاولـــة ضـــبط عمليات الأسعار والندرة النسبية والكميات للخدمات الصـــحية موضـــحا أغراضـــها ومتعلقاتها وتوظيفاتها وفعالياتها وجميع معطـــياتها لخدمـــة الإنســـان". (المؤلّف)**، أن دراسة الكلف الإجمالية لعلاج الأمراض والأمراض المعدية والمستوطنة والأوبئة ، وصحة الغذاء والدواء، ومصـــادر مياه الشرب ، وتلوث البيئة وانعكاساتها والجدليات حولها واثرها المباشـــر وغير المباشر على الأحياء وعلى حياة الإنسان صحيا واقتصاديا ؛ هي من أبرز اهتمامات القرن الجديد للألفية الجديدة ، مما أمكن الباحث من استنباط تعريف مقتضب للصحة العامة بأنها :

"هـــي الوضـــع الصـــحي الأكـــثر تحررا وتخلصا من الأمراض والآلام واحتســـاب وانعكاســـاتها، كـــالموت الفجائـــي والسكتة الدماغية وامراض الســـرطان وكلفهـــا مقدّرة بالدينار أو ما يقابله بالدولار مثلا" ، وهذا يعني اســـتمرارية المحاولـــة إلى الوصول للوضع الصحي الأمثل والأكثر فاعلية وتفاعلا (حسيا وجسديا ونفسيا واجتماعيا) لضمان حياة أفضل وعمر صحي أطول للإنسان (م ١٧، ١٥) .

الفصل الثامن
دراسة ميدانية للوضع الصحي في الأردن

التحليل الإحصائي والمعلوماتي للبيانات الصحية في الأردن

مما تقدم ومن خلال تحليل البيانات وقراءة نتائج الاستبيان الذي قام به الباحث إبّان قيامه بإجراء هذه الدراسة عام ١٩٩٩ م ، إحصائيا وتحليليا فانه يمكن التوصل إلى بعض الملاحظات التي يمكن إجمالها في الملاحظات التالية : –

* خمسا إجمالي عدد الأسرّة موجودة ضمن المستشفيات الصغيرة ، التي لا يزيد عدد أسرتها عن ستين سريرا في المتوسط ، وباقي الأسرّة موجودة في المستشفيات المتوسطة والكبيرة نسبيا وتتركز فيها معدلات الإقامة المتوسطة والطويلة كما في أقسام العظام والكسور والأمراض المزمنة والإدمان .

* إن نسبة أشغال الأسرّة تتركز أيضا في المستشفيات المتوسطة والكبيرة الحجم ٠

* إن نسبة الشغال ودخول المستشفيات الخاصة لا تتعدى العشرين بالمائة وباقي النسبة هي للمستشفيات العامة، أما خلال العقد الأخير عقد التسعينات فقد زادت النسبة للقطاع الحكومي العام لتصل إلى حوالي أل (٨٤ %) تقريبا ، وهذا يعكس مدى أثر العامل الاقتصادي وتدني القدرة المالية والشرائية لدى المواطنين ٠

و ذلك بالاعتماد جزئيا على سجلات النقابات المهنية والجمعيات كنقابات الأطـــباء والممرضين والأسنان والصيادلة وغيرها، والجمعيات ذات العلاقة كجمعية المستشفيات الخاصّة ، ولأن بعض أعداد المسجلين ليسوا موجودين داخـــل البلاد بل يعملون خارج الوطن إما بعقود أو إعارات في بعض الدول العربـــية أو الأجنبـــية ممـــا يعود على المملكة بالحوالات المالية التي ترفد الاقتصاد الوطني عموما .

دراســـة ميدانية للوضع الصحي في الأردن ومقارنته مع أنظمة صحية عربية ودولية.

التحليل الاقتصادى والعلمي للدراسة والاستبيان :

رياضيا واحصائيا : استخدام الباحث للحاسب الآلي (برنامج – SPSS) قد ســـاعد وســـهّل وســـرّع فـــي عملية تحليل وتدقيق البيانات المستخلصة من الاستبيان الذي استخدم كوسيلة من وسائل هذه الدراسة فبعد إدخالها من خلال إجراء المقارنات للبيانات المدخلة مع الاستبانات المستعملة في الدراسة وبعد تصـــحيح الأخطاء وتحليل خلاصة المقابلات للوصول الى النتائج المتوقعة التـــي تحقق الغاية للفرضية وتطبيقات النظرية كالإبدال للكلف والمنفعة مع الاســـتخدام الأمـــثل للمـــوارد المـــتاحة ؛ كمـــا استخدمت طريقة التحويل اللوغاريتمي الطبيعي في تحليل نتائج الدراسة و ذلك لتصحيح الالتواءات في توزيـــع النـــتائج لتكون متقاربة مع التوزيع الطبيعي والمعياري في آن معا Normal Distribution with Standards ، كمـــا تـــم التوصـــل الى احتساب المتوســـطات الهندســـية والحســـابية والوســـيط الحسابي من خلال استخدام المعادلات الإحصائية المتعلقة بالدراسة .

وقــد اختــيرت الــدّوال الرياضــية للدلالة وايجاد العلاقة بين متوسطين باستخدام دلالة الفحص (ت)/ (T-TEST)، واستخدمت أيضا معادلات (X2 & R2 = Multiple regression مــربع الكــاي) كما وفحصت النتائج بواسطة طــريقة أنوفــا (ANOVA-Test) مع بعض معادلات الدراسات الإكتوارية التطبيقية(Auctorial Studies) القابلة للتطبيق على بعض موضوعات الدراسة وتعديلاتها، إستخدمت أيضا طريقة الفحص التأكيدي بطريقة الاختبار المتعدد المــدى المسماة طريقة : (Scheffe Test) وبالنظر لاستنباط وابرز النتائج مــن خــلال المعطــيات يمكن ملاحظة كيف تمت عملية الربط بين الحقول الصــحية المخــتلفة ، كمــا انّ أســلوب البحــث العلمي (منهج الدراسة – Methodology) المتــبع في تطبيقات أسس الإدارة الصحية قد اشتمل على المواصفات المنهجية للدراسات في الإدارة الصحية ، وعلى شقين هما : –

(أ) مقدمــي أو (مــزودي) الخدمة الصحية في القطاعين العام والخاص والتطوعي ، من خلال دراسة أجراها المؤلّف على وضع القطاع الصحي الأردنــي نوجز بعضا منها للتدليل كمثال عملي وتطبيقي مسحي لبعض المستشــفيات المخــتارة عشــوائيا كعينة عنقودية ، فقد شملت الدراسة الميدانــية المساندة على (١٢) مستشفى وكان عدد العاملين المشمولين بالدراســة كعيــنّة للدراسة (١٤٠٠موظف أوعامل) والمستشفيات هي المستشفيات العامة التي اعتمدت في الدراسة : مستشفى البشير الحكومي فــي عمان العاصمة ، ومستشفى الزرقاء الحكومي في محافظة الزرقاء ، ومستشــفى الأميرة بسمة في محافظة إربد ، أما المستشفيات الخاصة فقد رمز اليها بالدراسة بالرموز : (أ ، ب ، ج ، د ه) وأغلبها في العاصمة

عمـــان، وكـــان هـــناك مستشـــفيان آخران الأول في محافظة الزرقاء، والمستشفى الثاني في محافظة إربد شملتهما الدراسة .

(ب) متلقـــي الخدمـــات الصحية :- اشتملت العينة الثانية على ألفي مريض ومـــراجع لعـــيادات واقسام هذه المستشفيات وقد تم انتقاء العينات خلال الشهر الثاني من كل فصل وعلى مدار عام كامل ، وفترة الدراسة الزمنية هـــي من (شهر نيسان / عام ٢٠٠٠ م وحتى شهر تشرين الثاني / من العام ٢٠٠١ م) . وقد كانت عينة الدراسة موزعة على جميع محافظات المملكـــة وبالتناســـب مـــع حجم الكثافة السكانية فيها بطريقة العناقيد في المـــرحلة الأولـــى وبأسلوب الاختيار العشوائي المنظم ، أما في المرحلة الثانية فقد تم اختيار ما نسبته عشرة بالمائة (١٠ %) من المرضى في كل وحدة معاينة علاجية من كل مستشفى في المحافظة المختارة .

بعـــد جمع البيانات الأولية عن جميع أفراد العينة التي أخذت في المرحلة الثانـــية من الاختيار ، بلغ حجم العينة العشوائية المختارة الإجمالي (١٩٥٠ فرداً) موزعين على النحو التالي :

م . البشـــير الحكومي (كونه أكبر مستشفى- عدد أسرّته حوالي ١١٠٠ ســـرير) فقـــد كـــان عدد العينة مائة وخمسين فردا أوموظفا (مؤلفين من الأطـــباء والـــتمريض والفنييـــن والإداريين ...) ،كل من مستشفى الزرقاء والأمـــيرة بســـمة كـــان عـــدد العيـــنة الممثلة سبعين فردا لكل منهما ، أما المستشـــفيات الخاصة فقد كانت العينة الممثلة من خمسين إلى سبعين موظفا لكل منها لأن عدد أسرتها متقارب.

وقـد بلـغ مستوى الثقة للعينة المأخوذة في الاستبيان حوالي (٩٤,٥ %) والخطأ المعياري بمقدار (١,٨٣ %) ، و وحدة المعاينة الأولية (١٠ %) ، وتعادل (٢٠٠مريض) ، وقد تم اختيار (١٠ %) أيضا منها بمعنى عشرين مريضا .

معايير الاستبعاد من الدراسة :-

تم استبعاد (٥٠ شخصا) ممن يعملون بمهن لها علاقة بالتعرض المهني أوالأمـراض المهنية كعمال الفوسفات والإسمنت والصناعات الكيماوية لأن هذه الأمراض ناتجة عن المهن التي يعملون بها (أمراض مهنية) .

بعـد إجراء عملية اختيار العينة الممثلة وبعد القيام بالجولات والكشوفات والمسـوحات الميدانـية لمراكـز مقدمـي الخدمة الصحية ولقاء المرضى واجـراء المقـابلات الشخصـية وتعبـئة نموذج الاستبانة الخاصة المعدة لأغـراض الدراسـة التـي تضـمنت المـرض والجنس والعمر والعنوان والتاريخ وطبيعة العمل أوالمهنة .... .

تم استخدام وسائل عدة لجمع البيانات كالاتصال المباشر والسجلات الطبية والأشخاص العاملين بالحقل الصحي لجمع البيانات والمعلومات بدقة متناهية لـتحديد معالمها حتى لا تحتمل أكثر من إجابة ، و ذلك تجنبا لحدوث أخطاء أو تحيز (Bias) للحصول على النتائج المتوخاة من خلال تحليل المعلومات والبـيانات والتي تطلبت دقة وحساسية عالية ، هذا وقد استعمل الحاسب في التحليل والتصنيف للبيانات وتم حفظ البيانات والنتائج على الحاسب للرجوع إليها عند اللزوم .

كمـــا أخـــذت بعيـــن الاعتـــبار المعايـــير الدولـــية والمقايـــيس العالمية (International Standards) للدراســـة، وقـــد تم عقد المقارنات لبيان جوانب الـــنقص والخلـــل ، كمـــا تم اتخاذ الإجراءات الوقائية كالرقابة النوعية أثناء مـــراحل الدراســـة مثل أخذ العينات العشوائية مع مراعاة الظروف المحيطة وتفـــادي العقـــبات التي واجهت الباحث أثناء الدراسة وجمع البيانات وحتى الوصـــول الـــى المراحل النهائية من تحليل البيانات والحصول على النتائج الأولية حتى لغاية إجراء العمليات الرياضية (Mathematical Calculations) اللازمـــة لتوضـــيح التطبيقات الأساسية حول تقييم الأوضاع الصحية محليا لمقارنتها بدول أخرى.

وكلّ ذلك يعتمد على :

- التخطيط السليم والمستمر للخدمات الصحية لإبقائها ضمن أعلى المستويات وبـــالجودة والكفـــاءة المطلوبـــة في حدود المرونة والعمومية للقرارات الإداريـــة وتفـــادي المشـــكلات الإدارية والفنية قبل حدوثها أو حلّها عند حدوثهـــا بـــأقلّ التكاليف المادية والحد من تفاقم أية أضرار ممكنة فعلى سبيل المثال لا الحصر وعند أخذ قسم محدد من وحدة صحية كالمختبرات مـــثلا فتخطـــيطها يعتمد على عوامل عدة ومتغيرات وتنبؤات مستقبلية تهدف إلى تحقيق نمو سنوي لا يقلّ عن العشرة بالمائة مع تجنّب النفقات الزائدة وتأمين محيط عمل جيد وعدد من العاملين والفنيين كاف و وضع المقترحات المستقبلية والحلول المناسبة و ذلك من خلال إجراء الحسابات التقريبية المبسطة كحساب المساحات اللازمة للأعمال المخبرية الأساسية والـــثانوية والمســـاعدة كالتدفـــئة والغســـيل والمرافق الصحية وصالات

الانـــتظار وغــيرها مراعيـــن حرية الحركة والتنقّل للغرف والمصاعد والممـــرات والســـاحات الداخلية والخارجية المحيطة كالمواقف وللتحميل والتـــنزيل ، أمـــا الأقســـام الداخلـــية للمختبر فيجب أن تمتاز بالشمولية والإحاطـــة لجمـــيع أنواع الفحوصات المخبرية الضرورية والتي تطلب باســـتمرار كفحوصـــات التشـــريح المرضـــي مـــن أنســـجة وخلايـــا والميكروبيولوجـــي كالمجهـــر يـــات بأنواعهـــا السريرية والفيروسات والصحة العامة والباثولوجي الكيميائية كالكيمياء الحيويةَ والنظائر المشعّة والمختـــبرات الآلية ومبحث الدم مثل أمراض الدم ونقل الدم وكيمياء الدم وغيرها، وكذلك لما تحتاجه هذه الأقسام من مكاتب وخدمات أخرى ملحقة بهـــا، كغـــرف المخـــازن لجميع اللوازم المخبرية وقاعات المحاضرات والمكتبة العلمية والتبريد والتسخين والتعتيم (الغرف المعتمة) وفحوصات البكتيريا والأمصال والمطاعيم والزراعات بأنواعها، لذلك يجب أن تكون هـــذه المختـــبرات محدّثـــة وقابلـــة للتحديث الدائم وبما في ذلك الأطباء الاختصاصيون والفنييون المهرة والسجلات والحوسبة ما أمكن .

بـــناءً علـــى ما تقدّم يكون دور الطبيب مكملا للعمليات الإنتاجية الأولية والـــثانوية والمـــتقدّمة بداية من رأس المال اللازم والأرض التي أقيم عليها المستشـــفى والأبنـــية والتجهيزات والمعدّات الطبية وغير الطبية والمساعدة حـــتى إمكانـــية التشغيل للمستشفى وما يحتاجه من لوازم طبية وغير طبية إضـــافية مع عدم إغفال أهمية العنصر البشري أو العمالة الصحية لاكتمال الحلقة الإنتاجية الصحية ، فالمريض هنا لا يدرك ما تمّ إنجازه حتى وصلته الخدمـــة الصحية اللازمة كاملة وبهذه الصورة كمنتج نهائي، وقس على ذلك

بقية إنتاج السلع والخدمات المقدّمة للمستهلك ، لذلك فقد أجرى الباحث مسحا ميدانيا وكان من ضمن الوسائل المستخدمة الاستبيان المرفق مع الملاحق في نهايـــة المخطـــوط وقـــد تـــمّ إدراج النتائج ضمن سياق هذه الدراسة تباعا للاستدلال والتوضيح (م ٦،٧) .

أهداف الإدارة الفعّالة للوازم والمستودعات :

- تحديـــد المادة المخزّنة المناسبة على أن تكون كافية وسليمة و ذات جودة ونوعية عالية ضمن الإمكانات المالية المتاحة .
- الكمـــيات المناســـبة أي أن تكون لا بالقليلة ولا بالكثيرة مقارنة مع معدّل الاســـتهلاك أو الطلبيات اللازمة المشتراة سواء بشكلها الروتيني أو عن طـــريق العطاءات بأنواعها وبأسعار الجملة وبالكميات الكبيرة على نطاق الدولة مثلا لمديريات الصحة في البلاد .
- الأســـعار المناســـبة ويعني ذلك أن المادة المشتراة يجب أن تكون بأفضل الأسعار الممكنة مقارنة مع النوعية الجيدة ذات المواصفة العالية .
- مـــراعاة المصـــدر المناسب أي الحصول على المواد من أفضل المصادر المـــتاحة مـــن حيـــث النوعية والسعر والسرعة في التسليم والتوزيع في الأوقات والتواريخ المحددة وبالطرق المناسبة للتزويد مع مراعاة الشروط المناســـبة للعطاءات والعقود ويكون ذلك من خلال المستخدمين المناسبين مـــن ذوي الخبرة في هذه المجالات وحسب الأسس المتبعة كالمركزية أو اللامركزية ونوعية هذه اللوازم وضمن المعايير والسياسات المعتمدة .

- طبـــيعة وطرق التخزيّن ، يتوجب مراعاة أمور التسليم والتفريغ والتحميل والتغلــيف والتصنيف والتنظيم (أحادي ، ثنائي أو عشري) ، وظروف وشكل التخزين من برّادات وتهوية ...الخ ، وتحديد مناطق التسليم وطرق الصـــرف (FIFO & LIFO) وغــيرها أيضــا كطرق الاستلام والتسليم بالســـجلاّت والإيصالات والتأكد من الصلاحية وتحديد العيوب إن وجدت وكذلك تحديد النوعية والمخاطر ومراعاة قواعد الصحة والسلامة العامة .

- توفــير عناصـــر المـــرونة وقابلـــية التوسع والمقدرة الاستيعابية الكبيرة وإجراء عمليات الجرد الدوري والفجائي كلّما استدعى الأمر ذلك .

أهداف إدارة اللوازم:

١ - تقســيم العمل والتخصص:(Division of Labor &Specialization)

تكمـــن أهمـــية تقســيم العمـــل والتخصص في زيادة دقة المعايير المعتمدة والـــتفرعات الكثيرة للعمليات الإنتاجية مما يزيد من الطاقة الإنتاجية ويحسّن مـــن النوعـــية المنـــتجة ويوفّـــر الوقت والجهد المبذول وخفض في النفقات (رأس المـــال المســـتثمر) على المديين المنظور والبعيد ، وكما أشار لذلك المفكّـــر الاقتصادى سميث فاعترف بأهمية التخصص وتقسيم العمل أيضا ، كمـــا قـــد أكد على دور وفاعلية السوق الأوروبية المشتركة في وقت مبكّر، وأبرز أهمية تفاعل المنافع والتبادلات التجارية والاقتصادية التي تدعم جميع الـــدول المشـــاركة به وتقوّي علاقاتها ببعضها وتزيد من نفوذها ، فقد كان يـــتطلّع إلـــى ذلـــك من زوايا عدة أهداف تحقق منافع متبادلة بينها كخفض الـــتعرفة الجمركـــية الداخلـــية والتقلـــيل من قيودها وخلق سوق كبير يدعم ويستوعب الجميع وينسق عملياتهم التجارية ويمنحهم القدرة على قطف ثمار

الإنـــتاج الكبـــير (Mass Production) والتخصص في الإنتاج وتقسيم العمل بينهم ويساعد على خلق طاقات إبداعية واختراعات وتطويرها لفائدة البشرية لإبراز دور وأهمية العامل السياسي والسيطرة (الهيمنة) الاقتصادية (م ٢١)

ولاحــظ ذلك أيضا المفكّر كارل ماركس ، و ذكره في كتابه رأس المال المجلّــد الأول (عـــام ١٨٦٧م) وكـــان مـــثاله من خلال مشاهداته لنتائج الإضراب الذي حصل في شركة جنرل موتورز (GM) لزيادة الأجور في ولاية أوهايو الذي سرّع في عمليات خط الإنتاج لسيارات الشيفرولية، وقال عندها إن الضجة المالية والصناعية إعلاميا قد حققت هدفا عماليا . (م ٦).

(Marx's Prophecy: " Even if their high wage rats make a mockery of any simple Law of Immiseration "and Pauperization of wage labor.)

ولـــم يغفـــل عنصر رأس المال وتداول النقد من حساباته لتكتمل الدورة الاقتصـــادية وتســـتمر العملـــية الإنتاجـــية الاقتصادية والتبادلات التجارية والعملـــيات الســـوقية ،ومـــاركس يصف عنصر رأس المال بملكة الاقتصاد ويعـــدّه المحـــرّك أو الديـــنامو الفاعل والقادر على تحريك وتفعيل التبادلات الإقتصادية والتجارية وتحررها (م ٢٢،٢١) .

فعملـــيات إدارة شـــؤون الأفـــراد والعاملين تهتم بالنواحي السيكولوجية والفنـــية الإداريـــة لتمتاز بالدافعية نحو العمل المنتج وحبه وتحسين الأداء والمـــثابرة والمقـــدرة الإنتاجـــية بالمواصفة الفنية المطلوبة وحسب المعايير العالمية من خلال منح العاملين بعض الامتيازات المادية والمعنوية و أولها:

- عملـــية نظام **حفز العاملين الصحيين،** على من يدير أية منشأة صحية أن يكون ملما بمادة علم النفس لأنها تزيد من مقدرته على القيادة فعملية حفز الموظفيـــن لأنهـــا تلبي العديد من الاحتياجات والرغبات للأفراد وعملية الحفز هذه يلاحظ بأنها تكون مرتبة بطريقة هرمية تصاعدية فيلاحظ أن الاحتـــياجات الفسيولوجية هي القاعدة الأساسية والعريضة كالهواء والماء والمأكل والنوم واللباس ...
- الأمـــان (Security)، الشعور بالأمان والحماية والسلامة والثقة والثبات والشعور بقوة البقاء والاستمرار كالمال والأرض والدخل الثابت .
- الاحتـــياجات الاجتماعـــية كالعـــيش مـــع الآخرين والفهم والتفاهم معهم ومســـاعدتهم وقبول مساعداتهم ، ثم يليها حاجات التقدير واحترام الذات كالتمتع بالمكانة الرفيعة والعالية والابتعاد عن درجات الإحباط.
- تحقيق الذات والتعبير عن النفس الإنسانية و ذاتها ومشاركة المجتمعات في حـــدود الإمكانات مستعملا الذكاء الاجتماعي والمهارات والقدرات الفنية التقنية بشكلها شبه الكامل .

أما بالنسبة لحفز العاملين بقطاع الصحة فأغلبهم يتمّ حفزهم من خلال آخر حاجتين وهما:

الأولـــى حاجـــات **التقدير والاحترام وتحقيق الذات** لإشباع رغباتهم دون تعريضـــهم للمخاطـــر والـــتهديدات المهنـــية و ذلك لأن معظمهم متعلّمون ومدربـــون تدريـــبا عاليا ، فحتى يقبل الطبيب العمل مثلا يتوجب أن يكون العمـــل مـــن مســـتوى ثقافته العلمية ويناسب طموحاته وتحدياته ، إذن فإن الاختبار الصحيح لمفهوم الحوافز يعتمد على القدرة الكافية على وضع القوى

الحافـــزة في المكان الصحيح والمناسب لها لإشباع الحاجات وتلبية الرغبات حسب أولوياتها .

الثانـــية : عملــية التهيــئة للموظـــف الجديد للعمل : يتم ذلك من خلال عمليات التوثيق ، وبحث بعض تفاصيل الرواتب وتحديد الإنجازات والتعرف إلى المدربين والزملاء في العمل، والى طبيعة العمل وجزئياته والترحيب به ، كـــتعريفه بالأمور المختلفة اللازمة للعمل كالتدريب واللباس الموحد والغسيل وغــرف غـــيار الملابـــس والاســـتراحة وصالات الطعام وقوانين إصابات وحوادث العمل وأمور التأمينات والتدخين ومواقف السيارات وأمور السلامة العامـــة وأســـماء زملائه وتوضيح مهام العمل المكلف به، ونظم المناوبات وإجابـــته عن أية استفسارات أخرى قد تثار أو تطرح لاحقا وهذا ما تقوم به عـــادة دائرة العلاقات العامة أو شؤون الموظفين وهو ما يسمى ب :(Job Orientation) ، ثـــم يلي ذلك عمليّتا الوصف والتوصيف الوظيفي وتبحثان فـــي وصف طبيعة العمل و الواجبات والحقوق للعاملين كالتعريف بأقسام المنشـــأة و وظائفهـــا والـــتطوّرات المتوقعة والميزانيات والمستوى المهني المتوفر والتبعية والمشرفين والمنسقين والعلاقات العامة والمهام والمسؤوليات الإداريـــة كالتنظيم واستخدام الموارد المتاحة والمراقبة والتنسيق والتخطيط والتدريـــب والاستشـــارات والـــتقارير والتدقيق والإشراف على الميزانيات وتنفـــيذ السياســـات وإجـــراءاتها المهنـــية ، وكذلك مهام التطوير والتجديد والتحديث التي تهدف لتحسين مهام العمل وتقدمه .

مميزات النظم الصحية :-

- توفـــر المعلومـــات ودقـــتها والفعالـــية في كيفية التعامل مع الإجراءات والتعلـــيمات والتشـــريعات المعمـــول بها بما فيها بنود الوصف الوظيفي

والعقــود والتــنقّلات وحفز الموظفين والحدّ من الازدواجية في السجلات والتعاملات الإدارية والمالية .

- رفــع الروح المعنوية للموظفين ، كالفلترة للمعلومات وجودة الاتصالات ومناقشة المتغيّرات وتحديد مساهمات الأفراد ورضاهم الوظيفي وعلاقاتهم ببعضــهم للتوصل إلى العمل بروح الفريق بشكله المتعاون كإلقاء التحية على بعضهم بعضاً كما يرى ذلك الدكتور اليوت جاكوز باعتباره معيارا مثالــيا واتــباع أساسيات الاختيار الجيد للقرارات والمقدّرات التي تلائم العمل والعاملين التي تلائم قدراتهم .
- توفــير التدريــب والــتطوير والتشجيع وإبداء الرأي وترسيخ التطلّعات والآمــال ، وإدامــة الاتصـــالات واســتمرارها بين المشرفين والرؤساء والعامليــن بشــكل منطقي ومقبول ، مع عدم إغفال العلاقات والنشاطات الاجتماعية .
- الاستخدام الأمثل للموظفين وقدراتهم الوظيفية والإبداعية وتخطّي المعايير الموضــوعية ومــراعاة الحد من التكاليف الزائدة واحكام عمليات الرقابة والإشــراف والتدقــيق ومراعاة ساعات العمل وأوقات الراحة خلالها ، وضمان تغطية التزامات العاملين من إجازات وعلاوات وترقيات وفحص المــناوبات والعلاقة بين الفوارق في حجم العمل ومنع حدوث الازدواجية في العمل والتداخل غير المنطقي أو المبرر .
- مــراعاة شــؤون وإدارة اللــوازم والمســتودعات والتخزيــن كالشراء والاقتناء والبيع ، وإدارة المخازن وتوزيع الإنتاج المباشر وغير المباشر ،

حيث ان هذه المواد المخزّنة ذات قيم نقدية عالية ويمكن الاستفادة منها واستثمارها ، لذلك يفضّل أن يكون المخزون السلعي والاحتياطي صغير الحجم لتفادي حدوث أي نقص أو توقف للعمل ومراعاة أية زيادات قد تطرأ على أسعار المواد المطلوبة بمعنى المقدرة على مواجهة الطلب المتزايد على المواد المطلوبة وعلى خبرات الإدارة العملية والتخطيط السليم للمحافظة على الحجم الكافي من الائتمان المالي للمنشأة الصحية .

٢- المنظم (الإدارة): Entrepreneur (Active Management

هو ذلك النوع من الإدارة الرائدة والقادرة على خلق الفرص وأحداث نقلة نوعية من خلال وضع أنظمة للحوافز والترقيات للوصول إلى الوضع المثالي من خلال توفير عوامل الإنتاج المناسبة وتنظيمها وتحويل أية فكرة مجدية إلى واقع ملموس وإيجابي ٠

٣- الموارد غير الإقتصادية : -

تسمى بالحرة ولا تدخل ضمن العملية الإنتاجية ، لكن نجد أن الموارد الاقتصادية تعتمد عليها حتى تكتمل وتتم كالهواء ، والشمس ، وغيرها ؛ رغم أن معظم الاقتصاديين يسقطونها من حساباتهم ومعادلاتهم إلا أنها ضرورية لاكتمال العملية الإنتاجية ولها آثارها الإيجابية المساعدة لذلك .

ولها بعض الآثار السلبية وأهمها التلوث البيئي ٠ وكل هذه الموارد وجدت من أجل تلبية حاجات ورغبات المستهلكين Needs & Wants كما يجب التفريق بينهما ، أي بين حاجات المستهلكين للسلع والخدمات بشكلها الاقتصادي البحت بأنواعه سواء المخطط أو الحر أو المختلط والتي سيرد

تفسـير ذلـك لاحقا ، كذلك الرغبات – رغبات المستهلكين والمنتجين على السـواء ؛ كلّ ذلك من حيث نوعية المنتج (البضاعة / الخدمة) وسلوك المنـتج من خلال النوعية والكمية المنتجة هذا من جهّة ، ومن جهة أخرى بحـث رغـبة المستهلكين في السلع المنتجة وتلبيتها لاحتياجاتهم وتطلّعاتهم وفي مدى إيفاء هذه السلع والخدمات للغرض والطموحات، والى أي مدى مع وجـود إمكانية التعّديل كالإضافة أو الحذف لخصائصها أو مكوّناتها لتتناسب ورغبات المستهلكين وفي جميع أنواع الاقتصاد ، وليس كما تضمّن الاقتصاد المخطـط فـي السابق مثلا كأن تكون جميع السلع المنتجة من النوع ذاته متماثلة ولجميع المستهلكين كالمعاطف مثلا فقد كانت تنتج من نوع موحد من القمـاش الموديـلاّت نفسـها وبمقاسـات محددة كما في الدول الاشتراكية والشـيوعية مـثل جمهوريات الاتحاد السوفيتي السابق ، أما الآن فقد أصبح الوضع على غير ما كان عليه في السابق حيث أخذت الحكومات هذه تتطلّع إلـى رغبات المستهلكين نتيجة للتغيّر الذي حدث في الأنظمة خلال العقدين الأخيرين ، بمعنى أنه قد تمّ أجراء بعض التعديلات على الأنظمة الاقتصادية السـائدة فـيها وكما هو حاصل فعّلا من انفتاح على الأسواق العالمية تلبية لرغبات المستهلكين في هذه الدول ، فيلاحظ أن الأنظمة الاقتصادية قد أصبح فـيها (اقتصـاد مختلط) ، ويعتبر هذا البحث حديثا و ذلك للموضوعات المسـتجدة علـى الاقتصاد والسوق الأردني خصوصا والعربي عموما الذي يحتاج إلى الكثير من الدراسة والبحث وإصدار للتشريعات والقوانين للصناعة الصـحية ، كتحليل الكلفة الاقتصادية للأمراض والعلاجات وبرامج الرعاية

الصـــحية والطبية المدعومة والطوعية والخاصة وعوائد استثماراتها ،من خلال التعليم والتدريب والدراسات والأبحاث الصحية مستقبلا (م ٢٠،١٩) .

من هنا يتّضح أن هذه الدراسة تهدف وبإيجاز إلى ربط اقتصاديات الحقل الصـــحي ومشـــكلاته بعلـــم الاقتصـــاد، مـــن خلال المراجعات الاقتصادية لموضـــوعات الـــرعاية الصـــحية والطبـــية العلاجـــية ودعمهـــا بالأدبيات والتعريّفات بمبادئ الاقتصاد الصحي وطرح العديد من التساؤلات التي تفسّر الكثـــير من ظواهر هذا الموضوع ، سواء من خلال مناقشة القضايا الصحية والعامليـــن بها (مزودي ومتلقي الخدمات الصحية) جراء العرض والطلب علـــيها والتحلـــيل وإبداء الآراء والملاحظات عند توضيح المفاهيم الصحية والصـــناعة الصحية وتبيان خواصّها ومساهماتها وأهميتها من حيث الموقع والتنظيم والتحليل ورسم السياسات والتخطيط والأسواق وعملياتها والتأمينات الصـــحية واثرها ودورها الفاعل في موضوعات الإنفاق وإعداد الموازنات والإدارة المالـــية الصـــحية وتـــبعاتها وأسس البحث العلمي والتعليم الصحي ودوراته التدريبية واهم الإصدارات الصحية والتشريعات اللازمة.

الموازنات الصحية

مصادر الدخل والإنفاق على القطاع الصحي الأردني:-

الموازنة الصحية :-

تقديم :

منذ بدايات عهد الإمارة (إمارة شرق الأردن) ، في عام ١٩٢١م كانت الموازنة الصحية لا تزيد عن مبلغ (١٤٠٠٠ دينار) فاستمرت تنمو وتتصاعد حتى بلغت حوالي نصف مليار دينار أردني(٤٥٤ مليون دينار) للعام ١٩٩٨/١٩٩٩ م، ومن المتوقع أن تصل موازنة القطاع الصحي الأردني إلى أكثر من نصف مليار دينار للعام ٢٠٠١ / ٢٠٠٢ م من إجمالي الموازنة العامة للدولة والبالغة ملياري دينار للعام ٢٠٠٠/٢٠٠١ م ، كما أنه يمكن قياس هذا التزايد في الإنفاق والتكاليف للقطاع الصحي حسب طريقة المتواليات الهندسية و / أو - الحسابية، خصوصا خلال العقود الثلاثة الماضية نتيجة للتسارع والتطور التكنولوجي والعلمي والمعلوماتي الكبير ، مما زاد في كلفة التشغيل والصيانة والإنفاق على القطاع الصحي بمعنى أن الارتفاع في كلفة الفاتورة الصحية (التي من ضمن محتوياتها الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية والعلاجية والعلاج الطبيعي الاستشفائي كمنتجعات البحر الميت وماعين والحمة وغيرها)والمستشفيات العامة والتخصصية في القطاعين العام والخاص والمراكز الصحية الشاملة والصغيرة والطرفية العامة والخاصة والخيرية وما فيها من كوادر

وتجهيزات حديثة وصيانة وإدامة لهذه الصيانة ولوازم ومستلزمات علاجية ورعاية سنية وعلاجات وأمصال ومطاعيم وبرامج طبية وصحية أولية وثانوية وعلاجية ودراسات وأبحاث صحية وتدريب ودراسات عليا متخصصة وتأهيل الكوادر الصحية المختلفة ، وما يرافق ذلك من خطط ومشاريع مستقبلية لإنشاء وإدامة بنية تحتية صحية شاملة ومتينة على مر الزمن .

كل ذلك يحتاج قطعا إلى أنفاق حكومي مباشر وغير مباشر لتطوير الصناعة الصحية الأردنية فهناك من يعملون في القطاع الصحي كمهنيين وبدوام كامل وبعض العاملين يعمل بشكل جزئي أو طوعي ولا يتم احتساب هؤلاء ضمن الفاتورة الصحية الإجمالية . وحدود الصحة العامة لا تقف عند هذا الحد بل تتعداه لتصل في تداخلاتها إلى صحة الغذاء والدواء والمياه وتصريفها ومياه الشرب ومعالجتها كتكرير مياه الصرف الصحي(محطات التنقية) والإسكان والتعليم والتثقيف الصحي ... وغير ذلك من أمور تتعلق بالصحة وتتفاعل معها وتسهم فيها بشكل فاعل ومؤثر.

فالإنفاق الصحي المباشر الذي تدفعه الحكومة ويدخل ضمن الموازنة العامة يكون ملموسا ومحسوسا كإنشاء وصيانة وإدامة صيانة المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية وبيوت المسنين والعلاجات واللوازم الطبية والإجراءات الوقائية الأخرى ؛ أما الإنفاق غير المباشر فيتضمن الإنفاق على الأمراض والوقاية منها والإصابات والإعاقات والوفيات وغيرها.

الصناعة الصحية العلاجية والوقائية في الأردن

١ – الامتياز التنظيمي للأفراد العاملين بالحقل الصحي

إحصائيا :

مــع مطلع القرن الحادي والعشرين من شهر تشرين الثاني عام ٢٠٠٠ م – إحصائيات وزارة الصحة ودائرة الإحصاءات العامة – (م ١ ، ٢) يلاحظ أن عــدد العامليــن بالقطاع الصحي الأردني العام أصبح يزيد عن الخمسة وعشــرين ألــف عــامل صحي في وزارة الصحة وحدها ، أما في القطاع الخــاص فــالعدد قد يزيد بمقدار الضعف حيث يقدر بحوالي الخمسة وستين ألفــا، هذا عدا عن اعداد الكوادر الصحية العاملة في قطاع الخدمات الطبية الملكــية والجامعات الأردنية والوكالات المحلية والدولية والجمعيات الخيرية العاملة في المملكة .

فــيقدر عــدد العاملين في القطاع الصحي الأردني عام ٢٠٠٠/٢٠٠١ م إجمالا بما يقارب أوقد يزيد عن المائة ألف عامل صحي بشكل عام هذا عدا الأعــداد غــير المسجلة رسميا، إضافة الى بعض العاملين بالمهن الصحية والطبية المساندة والإدارة والسكرتارية الصحية، وتمثل نسبة هؤلاء العاملين بالقطاع الصحي من إجمالي القوة العاملة حوالي (٨,٢٠ %) تقريبا ، أما من حيــث توزيــع العامليــن بالقطاع الصحي كالتالي الأطباء (أطباء بشريين، وأطــباء أســنان، واختصاصــيي العلاج الطبيعي) فهم يشكلون تــقريبا نســبــة(١٤,٢ %) ، والــتمريض يشــكلون نسبة (٢٢,٥ %) والصيادلة يشــكلون نسبة (٨,٩ %) تقريبا ، والمهن الطبية المساندة (مثل فنيو الأشعة،

والمختبرات ، والأسنان ، والتخدير، والعلاج الطبيعي ، والمساعدين لبعض المهــن كالصيدلة والتمريض وغيرهم ، والأجهزة الطبية والصيانة ٠٠٠٠ الــخ ، هــم النسبة المتبقية٠ فنسبتهم قد تزيد عن (٣٥ %) تقريبا ، واما العامليــن بالطب الوقائي فنسبتهم تقارب ما نسبته (١٢ %) تقريبا والنسبة المتبقية فهم العاملين بالإدارة الصحية - (التقرير السنوي - وزارة الصحة / دائرة الإحصاءات العامة - ١٩٩٩/٢٠٠٠ م) ...(م ١،) .

الموازنات الصحية الأردنيةالنفقات على المستلزمات الطبية

لسنة ١٩٩٨م جدول رقم (١-أ)

مجموع النفقات بالدينار = ١٥٨٨٨٠٠٠٠	%
نسبة مجموع النفقات الصحية	٣٥

جدول رقم (١-ب)

النفقات الصحية GDP	٣،٠
النفقات الصحية للقطاع العام	٢٤
النفقات الصحية للقطاع الخاص	٧٦

(م ٤).

يلاحظ أن الإنفاق على الدواء مثلا قد يصل إلى ثلث مجموع النفقات على الصـــحة من إجمالي الناتج المحلي(GDP) ونسبة مجموع النفقات من GDP هــي (٩,٤ %) وهــو عالٍ نسبياً إذا ما قورن بدول أخرى مجاورة معدلات الدخــل فــيها منخفضة كالأردن . حيث كانت الموازنة العامة للدولة بحدود الملــياري ديــنار أردنــي لعام ١٩٩٨ / ٩٩م ، وقدرت النفقات على قطاع

الصـــحة حوالـــي الستين مليون دينار/ملحقات الموازنة الصحية المالية للعام نفســـه ، أمـــا إجمالـــي الموازنة الصحية السنوية المقدرة لجميع القطاعات الصـــحية ومشـــاريعها وللعـــام نفســـه قـــد بلغت قرابة النصف مليار دينار ٤٥٨٠٠٠٠٠٠ دينار) ، (محاضرة الدكتور محمود الظاهر – رئيس جمعية المستشفيات الخاصة – ١٩٩٩ م في معهد الإدارة العامة بعمان) .

وتفصـــيليا فالقطـــاع العـــام يصل إلى نسبة ٤٥ % من الموارد الصحية والقطـــاع الخاص إلى ٤٧ % والتمويل الدولي يصل إلى ٨ % تقريبا (عن جمعية المستشفيات الخاصة – د . محمود الظاهر م ٤) ، وهذا موضح من خلال الجدول التالي رقم (٢) .

جدول رقم (٢)

معدلات ونسب الصرف والإنفاق الصحي على القطاعات المختلفة لعام ١٩٩٨م٠

نسبة الإنفاق الصحي من الموازنة العامة	**٨,٩ %**
حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة تقدّر ب:	٦ %
نسب مصادر التمويل :-	
القطاع العام	٤٥ %
القطاع الخاص	٤٧%
الجهات الدولية	٨ %
توزيع نسب الصرف :-	
القطاع العام	٥٨ %
القطاع الخاص	٣٨ %
الجهات الدولية	٤ %
إجمالي الإنفاق على الأدوية من إجمالي الإنفاق وتوزيعها .	**٣٥ %**
القطاع العام	٢٤ %
القطاع الخاص	٧٦ %

(م ٤) .

وعلى الدارس أن يتذكر أن تمويل القطاع الصحي في الأردن يتم حقنه من خلال الموارد التالية : -

١-وزارة المالـــية ، وتغطي نفقات وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية و وزارة الشؤون الاجتماعية ٠

٢- إيرادات صندوق التأمين الصحي٠

٣-الاقتطاعات من رواتب الموظفين ، (لصندوق التأمين الصحي) .

٤-كلفـــة المساهمات وما يخرجه المرضى من جيوبهم (Cost sharing & output pocket money) .

٥- المرضى القادرين ٠

٦- دخـــل المســـتهلك مباشرة (مستهلكي القطاع الخاص) أي غير المؤمنين صحيا ٠

٧-المساعدات والهبات الداخلية والخارجية (المؤسسات والهيئات الدولية).

أما الجدول التالي رقم (٣) فيبين كيفية توزيع النفقات العامة للتخصص

جدول رقم (٣)

بنود النفقات	وزارة الصحة	الخدمات الطبية الملكية	الجامعة الأردنية	المجموع %
علاجية	٥٤ %	٦٥ %	٩١%	٦١%
أولية	٣٢ %	٢٠%	صفر	٢٥%
الإدارة	٢ %	١٠ %	٥ %	٥ %
التدريب	٢ %	٥ %	صفر	٣ %
أخرى	١٠ %	صفر	٤ %	٦ %
مجموع	١٠٠ %	١٠٠ %	١٠٠ %	١٠٠ %

(م ٢٠٠٤) .

يلاحـــظ مـــن الاستطلاع الأولي للجدول رقم (٣) أعلاه أن الخدمات العلاجـــية تصل إلى ٦١ % من النفقات العامة ، أما الرعاية الصحية فتصل إلى ٢٥ % فقط، من هذه النسبة يقتطع حوالي ٦٥ % كرواتب للعاملين ، فلو أخـــذ علـــى سبيل المثال قطاع المستشفيات من الخدمات الصحية فستجد أن مجموع عدد الأسرة للعام نفسه قد بلغ (٨٣٦٦) سريرا ، أي بمعدل ١١٩,٧ ســـرير لكـــل عشرة آلاف مواطن أوما يقارب المائة وعشرين سريرا أوما نســـبته (١٧,٣٢ %) مـــن اجمالي السكان في المملكة ، أي أن كل (٥٧٧) مواطـــن تقريـــبا لهـــم سرير واحد من إجمالي عدد الأسرة في الأردن عام ١٩٩٨م (جمعية المستشفيات الخاصة)؛ والجدول رقم (٤) يوضح ذلك:

جدول رقم (٤)

تحليل قطاع المستشفيات مع توضيح الأعداد للأسرة ونسب الإشغال والإقامة والإدخالات لعام ١٩٩٨م

المؤسسة	عدد الأسرة	نسبة% الأسرة	نسبة% الإشغال	معدل الإقامة	عدد الإدخالات	نسبة% الإدخالات	كلفة الإدخال
وزارة الصحة	٣١٩٢	٣٨	٦٩,٧	٣,٣٠	٢٣٤٥٠٤	٤٣	٣٦٥
الخدمات الطبية	١٨٢٨	٢٢	٦٩,٩	٤,٦ ٣	١٠٢٧١١	١٩	٥٥١
م٠الجامعة الأردنية	٤٩٤	٦	٦٧	٥,٠٠	٢٢٣٧٦	٤	١٠٤٣
القطاع الخاص	٢٨٥٢	٣٤	٤٥	٢,٦ ٠	١٨٠٢٧١	٣٤	٤٦٠
المجموع	٨٣٦٦	١٠٠	٦٠,١		٥٣٩٨٦٢	١٠٠ %	-----

يجب عدم إغفال بعض المؤشرات الضرورية اللازمة لدقة درجة حساسية الدراســة كمعــدل عام فمن خلال تحليل البيانات يتضح أن نسبة ما يصرف علــى الخدمات الصحية بشكل عام تبلغ (٢,٤١ %) من إجمالي الدخل العام للمواطنين تقريبا.

فــذوو الدخل المرتفع يصرفون ما نسبته (٣,٤٥ %) ، و ذوو الدخل المحــدود يصــرفون مــا نســبته (١,٧٨ %) من دخلهم تقريبا ؛ (جمعية المستشــفيات الخاصة – محاضرة د . محمود الطاهر – معهد الإدارة العامة الأردني ٢٠٠١م) . (م ٤) .

٤ – العوامل المؤثرة على الدراسة المشار إليها آنفا تتلخص في :-

١- سجلات المستشفيات والمراكز الصحية ، يلاحظ فيها إهمال لتسجيل فئة الأطفال عموما.

٢- عملية تقدير الكلفة لآخر زيارة و / أو مرض حتى لو كان هناك أمراض عدة أخرى ٠

٣-الزيارات الروتينية (عدد المراجعات) فهي غير محصورة بشكل دقيق ٠

٤- تحميل دوائر ومؤسسات التأمين الصحي عبئاً أكبر من العبء الحقيقي نتيجة تعدد المصادر لذلك وحماية من دواجية إجراءات العمل والإنفاق.

٥- عملــية تكرار فتح أكثر من ملف طبي (سجل طبي) للمريض الواحد إمــا لعــدم القدرة على استخراجه أو لوضعه في المكان الخطأ ، أو لعدم إحضــار المــريض لــبطاقة المراجعة أو المعاينة للمستشفى أو المركز الصــحي المعني وقد أشارت لذلك الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة بالــتعاون مــع (PHR – م ١٩) – دراسة الإنفاق والاستهلاك –عينة

المسح الصحي المكونة من خمسين ألف طفل فوق سن الخامسة من العمر) .

هناك ملاحظة جديرة بالاهتمام برزت من خلال دراسة وتحليل البيانات الأولية المستخرجة من نتائج الاستبيان المستخدم المشار إليه آنفا والمرفق نسخة منه في باب الملاحق حيث لوحظ أن معدلات الدخل السنوي المصروف على النواحي العلاجية لدى النساء أعلى منه عند الرجال وهو المسمى :

The annual treatment cost in income per)

(capita is higher for women ratios than men in general)

كما لوحظ أن نفقات المواطنين من ذوي الدخل المحدود مصروفاتهم على القضايا العلاجية أعلى منها عند ذوي الدخول العالية أوغير المؤمنين صحيا، أيضا سكان المدن يصرفون أكثر على الأمور الصحية من سكان المناطق النائية أوالأرياف عموما ؛ كما لوحظ أن أكثر من نصف السكان المقتدرين أي ما نسبته (٥٣ %) من المواطنين يفضلون الذهاب الى القطاع الخاص للمرة الأولى (للاستشارات) كأول مكان للاستشارة الطبية، هذا ناتج طبعا عن الإحساس بأن الخدمات الصحية في القطاع الخاص أرقى وأجود من نظيرتها في القطاع العام الحكومي من حيث النوعية أو الخدمة المقدمة هذا في المدن إجمالا.

أما نسبة الذين يراجعون الخدمات الصحية في المناطق النائية أو الريفية فهي تتعدى مقابل أل (٦٤ %) مقابل أل (٣٨ %) ممن يراجعون في

المـــدن عموما ، وهذا عائد في مرده الى قلة المرافق والخدمات الصحية في المناطق النائية (م ٦، ١٩، ٢) .

بناءً على ما تقدم فان مواطنا واحدا من كل خمسة تقريبا يراجعون القطاع الصـــحي الخـــاص أي بنسبة ٨٨,٥٠ % من الزيارات مقارنة مع ما معدله مواطـــن واحـــد مـــن كـــل عشرة يراجعون القطاع الصحي العام أي بنسبة (٥٤%) مـــن ذوي الدخـــل المحـــدود أو المتدنـــي من الزيارات إجمالا ، ولتوضـــيح مـــا ســـبق يجدر بنا أن نتطرق بشيء من التفصيل إلى النظرية الاقتصادية وتطبيقاتها على القطاع الصحي بشكل عام ٠

(المصدر وزارة الصحة وتقرير PHR / م ١٩) .

(١) – مثال عملي لمستشفى عام (س) / (قطاع عام):-

حيـــث تمـــت دراســـة مستشفى القطاع العام تحليليا وهو أكبر مستشفى حكومـــي تعليمـــي وتحويلـــي سعته تزيد على الألف سرير بمختلف دوائره وأقسامه العامة والتخصصية ، ولجميع بنوده من مستهلكات طبية وغير طبية (اللوازم الطبية وغير الطبية) ، من قوانين وقرارات إدارية وهياكل تنظيمية لعام ٢٠٠٠ م ، مع بيان الهدف العام من ذلك ومدى تطابق ذلك مع الدراسة عمليا واكاديميا ، منهجيا وتخطيطيا . ويبين ذلك من خلال الجداول التالية :-

جدول رقم (٥-أ)

أ-المستلزمات السلعية المستخدمة خلال عام ١٩٩٩/٢٠٠٠م (اللوازم الطبية وغير الطبية) .

الرقم	المادة	الصنف	الوحدة	السعة	الكمية
١	مستهلكات طبية	قفازات	عدد		١٤٠٠ أسبوعيا
	كمامات	=		٧٠ =	
	حقن و أبر مختلفة	=		١٧٥٠ =	
	شفرات و مواد حادة	=		٢٨ =	
	قطن و شاش	=		٧٠ =	
	أخرى	=		-	
٢	مواد زجاجية	زجاجيات مخبرية و طبية	=	مختلف	٥ =
		سلايدات شرائح	=	=	١٠ =
٣	مواد كيميائية	معقمات ومطهرات طبية	لتر	-	٢٠ =

	كواشف طبية	مل	-	= ٧٠٠٠٠	
	أصباغ طبية	غم	-	= ٤٣	
	منظفات و معقمات عادية سائلة	لتر	مختلف	= ٢٥٣	
	صلبة	كغم	=	١٣	
٤	الغازات الطبية	غازات تخدير (نيترس)	لتر	-	٣٧٥ =
	غازات تنفسية (O2)	=	-	= ٥٨٨٠	
	غازات (CO2)	=	-	= ١٤٠	
	غاز النيتروجين	هواء مضغوط للعمليات	لتر	-	= ١٩٢٠٠
٥	نواتج حية بشرية	وحدات دم	=	-	= ٢٦٥

	زراعة أعضاء بشرية	عدد	–	= ١٢,١	
	أخرى	–	–	–	
	بدل قطع أسنان	=	–	١٢,٥	
	حشوات أسنان	=	–	= ٣٠	
	مواد طبية مخبرية	=	–	٣٥٠	
	أخرى				
٧	مواد معدنية =	أجهزة غسيل الكلى	=	–	٣٠
	أوعية خاصة بأجهزة الكلى	=	–	٦	
	أجهزة خاصة للعزل (يرقان)	=	–	١٠	

	أخرى (متعدد)	–	–	–	
٨	مواد مشعّة	أجهزة أشعّة	=	–	٦٠
	أجهزة مخبرية للمواد المشعّة	=	–	٥	
	صور أشعة مختلفة	=	–	٦٧٥٠ أسبوعي	
	صور أشعة للأسنان	=	–	٤٠ =	
	مواد مخبري مشعّة أخرى	=	متنوع	٦	
٩	مواد غذائية	صلبة	كغم	–	٦٢١٥
	سائلة	لتر	–	١٦٠٠ =	
١٠	أقمشة	ملابس مختلف	متر	–	٤٧٥٥ سنوي
	شراشف - دولس	=	–	١٥٠٠٠ =	
	قماش أزرق (للعمليات)	=	–	٣٣٠٠ =	

	قماش أخضر للعمليات	=	-	٤٠٠٠ =	
١٠	أقمشة	فوط أطفال	عدد	مختلف	١٠٠٠ شهري
	=	فوط نسائية	=	=	١٣٣٠ =

جدول (٥-ب)

ب – كميات النفايات الناتجة حسب المادة / الصنف عمليات الفرز – أنواعها و ألوان الحاويات و الأكياس المخصصة لها					
العدد	المادة	الصنف	الوحدة	الكمية سنوي	أسلوب التخلّص
١	نفايات عامة غير خطرة	أغذية (أطعمة) صلبة	كغم	٣٢٣٠٠	مكب بلدية
	سائلة و مشروبات	لتر	٨٣٠٠٠	مجاري عامة	
	محاليل وريدية	=	٢٦٧٩٠ ٠	مرمدات	
	أخرى عامة	كغم	١٢٠٠٠ ٠٠	م ز بلدية	

٢	نفايات المواد الآدمية – غير معدية	أعضاء مستأصلة داخلية و خارجية	=	٢٥٠٠	دفن/ محرقة
	مخلفات أسنان	قطعة	١٢٤٠٠	محرقة	
	خلاصات ولادة	كغم	٢٣٠٠	مرمدات	
	أخرى				
٣	نفايات معدية متعددة	بقايا تحاليل مخبرية بول دم براز)	كغم/لتر	٢٦٧٧٩٠	متعدد
	= زراعات جرثومية	عينات	١٣٠٢٠٧	أتوكليف/حرق	
	= زراعة أنسجة	=	٨٠٠٠	= =	
	= لقاحات	=	٥٧٠٠	= =	
	= وحدات دم تالفة	وحدة	٣١٥٠	= =	
	أكياس سلس البول	=	٣٢٠٠	= =	

	= مواد غيار الجروح	كغم	٢١٢٣٠	= =	
	فوط مستعملة	=	١٨٢٠٠	محرقة	
	مواد ناتجة عن وحدة الكلى	=	٨٢٠٠	=	
٣	نفايات معدية	= وحدات العزل	كغم	١٨٠٠	محرقة
	أبر – حقن – شفرات – خيوط	=	١٢٠٠	جمع منعزل / محرقة	
	مستهلكات طبية	=	٣٦٨٠	=	
	زجاجية و بلاستيكية	=	٧٥٢٠	=	
	أخرى (غير محدد	؟	؟	؟	
٤	نفايات كيميائية و دوائية	كواشف طبية	فحص	٣٦٤٠٠٠	محرقة

	أصباغ سائلة	لتر	٤٣٥	=
	سوائل ناجمة عن العمليات	=	٣٠٠٠	مجاري عامة
	كيماويات مختلفة	=	٢٣٥٠	= =
	عبوات مضغوطة	عدد	١٣٥٠٠	طحن/محرقة
	أخرى / متعدد	–	–	–
	بقايا منظفات و معقمات أخرى	؟	؟	؟

جدول (٥-جـ)

ج - الموجودات من الأجهزة و المعدّات المساعدة على حماية البيئة					
الرقم	النوع	الصنف	العدد	القدرة الاستيعابية/ كمية + وحدة	
١	أجهزة التعقيم	تعمل -بالضغط أو الحرارة	١٥	١٠٠٠	لتر
	== بالغاز	= - فورمالديهايد (الخداج)	٤	٦٠٠	=
	== == ==	= - إيثيلين أوكسايد + أمونيا	٤١	٢٨٠٠	=
	== السوائل و/ المياه	= - بالفورمالين + كلورين	٦	٢٥٠٠٠٠	لتر / شهر
٢	وحدات تكرير معالجة المياه العادمة	معالجات : فيزيائية+كيميائية +حيوية+حرارية	٤	غير محدد	غير محدد
٣	وحدة معالجة اليود و النظائر المشعة	صناديق معزولة مخصصة للطب النووي و الإشعاعي الذري	٣	==	==

٤	العبوات و الأكياس	أكياس سماكة (٥٥ ميكرون)	كغم	١١٥٠ /ش	بلدية/محرقة
٤	العبوات و الأكياس	أكياس سماكة (٢٠٠ميكرون) أسود + أحمر	كغم	٢٠٠٠	==
	= شفافة مشعّة	=	١٥٠	محرقة	
	= نفاذة للبخار/ أوتو كليف	=	١٤٥٠	=	
	ملصقات للأكياس	=	٢٥٠	=	
	علب خاصة للأدوات الحادة مغلقة	عدد	٤٠٠٠	مكب بلدية	
٥	محارم ورقية مستهلكة	بشكير حمام	رول	٢٦٠٠/ش	==
	ورق تواليت	=	٥٥٠٠ /ش	==	
	قفازات مستهلكة	علبة/١٠٠	٢٠٠/ش	==	
	= تغليف المأكولات	رول	١٥	==	
	ورق سفرة (فاين	باكيت	١٠٠٠/	==	
٦	مواد تنظيف	ملمع أثاث	علبة	٢٤/ش	
	سيرف	=	٣٨٤/ش		
	صابون – عادى	قطع	٦٠٠/ش		
	صابون – طبي	=	١٠٠/ش		

	صابون سائل	لتر	٦٠/ش		
	صابون جلي	=	١٤٠٠/		
	= غسيل ملابس	كغم	٣٧/ش		
	صودا	كرتونة	٢٥/ش		
	بلج مبّيض	كرتونة	٣/ش		
	سوفت	=	٣/ش		
	مزيل الدم	ع/٥ل	٥٠ لتر/س		
	مزيل صدأ	ع/١٨ل	٢١٦لتر		
	صابون أرضيات	لتر	٢٠٠٠/		
٦	منظفات	فلاش	لتر	٢٥٠	
	فونيك	=	٥٠		
	كلور	=	١٥٠٠		
	فم (VIM)	علبة	١٨٠		
	ملطف جو	=	٢٠٠		
	مبيد حشري	=	٢٠٠		
	بايغون سائل	لتر	١٥		
	== سبريه	علبة	٦		
	ديتول	لتر	٦٠٠		
	سافلون	=	٥٥٠		

التحليل للجدول رقم (٥) بفروعه أ ، ب ، ج :-

لدى تحليل بعض البيانات الواردة الجدول أعلاه بأقسامه و فروعه يلاحظ أن هــذا المستشفى كبير نسبيا مقارنة مع المستشفيات التي وردت في الأمثلة الســابقة، فهــو مستشفى تعليمي و تحويلي و به معظم التخصصات الطبية العامة و المتخصصة الدقيقة و الفرعية، و عليه ضغط كبير لأنه حكومي عام و يخــدم شــريحة كبيرة من الموطنين المستفيدين فيقدّر عدد المرضى الذين يؤمونــه يومــيا -عدا المرافقين - حوالي الخمسة الآف مريض و مراجع، ويــرافق هــؤلاء عدد لا بأس به من المرافقين و الزوار خصوصا مرضى العظام والكسور و الأمراض المزمنة و المقعدة و العجزة بمعدّل لا يقل عن ثلاثــة مرافقين و بشكل يومي و متكرر ، و هذا يعكس حتما ما يحتاجه هذا المستشــفى مــن خدمات كبيرة متواصلة على مدار الساعة و بالتالي فهذه الخدمــات ســواء العلاجــية أو الفندقية تكون حتما مكلفة جدا و تحتاج إلى موازنات كبيرة و متعددة الأغراض .

فإذا نظرنا إلى بنود اللوازم الطبية و غير الطبية من حيث الكميات بعيدا عــن أسعارها و الكوادر البشرية التي تحتاجها لنتمكن من إنجازها و بالدقة والسرعة المطلوبة فإنه يلاحظ ما يلي : -

الغازات الطبية :

يحتاج هذا المستشفى من غاز الأكسجين مثلا إلى حوالي (١٥٠ أسطوانة سعة ٦ م٣ شهريا) لدائرة الباطني، و إلى حوالي (١٤٠٠ جالون أسبوعيا) لدائــرة الجــراحة و إلــى حوالي (١٢٠٠ جالون كل نصف شهر) لدائرة

الأطفــال وحوالـــي (١٤٠٠ جالون كل شهرين) لدائرة الأمراض النسائية و التوليد وجراحتها و الخداج و هكذا، أي ما يقارب حوالي أحد عشر مليون لـــتر ســنويا من الأكسجين ؛ أما بالنسبة لغاز التخدير (النيترس) فيحتاج المستشفى إلى حوالي (٢٠٠٠لتر سنويا) و يحتاج إلى (٧٤٠٠ لتر) من غــاز ثاني أكسيد الكربون المستخدم خاصة لعمليات التنظير ، و من الهواء المضغوط من غاز النيتروجين للعمليات الجراحية يستهلك المستشفى حوالي المليون لتر سنويا .

القطن:

أمـــا بالنسبة للمستهلكات من مادة القطن فيستهلك المستشفى حوالي أربعة آلاف كـيلو غـرام و من الشاش، حوالي عشرة آلاف رول و من البلاستر بأحجامــه و مقاســاته المختلفة حوالي ثلاثة و أربعين ألف رول من الحجوم الكبـيرة أمـا مـا يستهلكه من البلاستر من الحجوم المتوسطة و الصغيرة و خصوصـــا للإسعاف و العيادات فيقدّر بحوالي خمسة و أربعين ألف رول سنويا ، الكحول الطبي يستخدم ما لا يقل عن ثلاثة عشر ألف لتر و من مادة المطهّــر (الســافلون) حوالـــي الألف لتر، و من المحاليل المعقمة لأخرى كالكلســتر ألديهــايد و الفورمالديهــايد و الهيدروجيــن بيروكسايد حوالي (٧٢٠ –٧٥٠ جــالون)، محالــيل طبية أخرى: المحاليل المغذّية الوريدية كالدكســتروز بتراكــيزه المختلفة فيستهلك أكثر من ستين ألف كيس، و من الدكســتروز المضاف له كلورايد الصوديوم فيستهلك حوالي خمسة و تسعين ألــف كــيس ، و من الصوديوم كلورايد تركيز ٩ % فيستهلك حولي المائة

و ثلاثيـــن ألف كيس ، و من الرنجر لاكتيت حوالي أربعين ألف عبوة أو كيس سنويا .

المستهلكات الطبية :

- مـــن أكياس البول للكبار خمسون ألفا و للصغار ثمانية عشر ألفا ، و من أقـــنعة التـــنفس للأكسجين للكبار ثلاثة آلاف وستمائة و خمسون تقريبا وللصـــغار حوالي الفين و ستمائة قناع ، ومن الأقنعة المستهلكة و لمرة واحـــدة حوالي تسعين ألفا ، ومن الأغطية و الشراشف أكثر من أربعة و خمســـين ألفا ؛ و القفازات الجراحية و من مختلف الأحجام فهي أكثر من نصف مليون قفاز (٥٣٤٥٠٠ قفاز) ؛ و من مادة المحاقن والإبر و لمخـــتلف الأحجام و المقاسات فيستهلك هذا المستشفى أكثر من مليون و نصف محقن و إبرة طبية .
- أما بالنسبة للشفرات الجراحية فلا يقلّ عددها عن المائة و خمسين ألف شفرة ، و اللوازم المخبرية مثلا كالسلايدات (الشرائح المجهرية) فتزيد على الستمائة ألف سلايدة و الكواشف المخبرية تخدم لأكثر من ثلاثمائة و سبعين ألف فحص مخبري، و الأصباغ المخبرية تزيد على الأربعمائة وخمسين لتر سنويا.
- بالنســـبة لقســـم الأســـنان ففيه جميع أنواع المعالجات و الجراحات السنيّة والـــتقويم : فقد بلغت الحشوات السنّية حوالي ألف حالة و أجهزة التقويم المركـــبة حوالـــي ســـتمائة و خمســـين حالة، و أما الحالات المحوّلة

للمستشفى من المراكز و العيادات فهي بما يقارب الثلاثة عشر ألف حالة محوّلة للمعالجة و الجراحة السنيّة .

- هـذا عـلاوة علـى ما تحتاجه عمليات زراعة الأعضاء و الأطراف الصـناعية ، و زراعـة القرنـيات و الجـراحات التجميلية و تعديل التشوّهات الخلقية من جهود وتكاليف مالية و تقنية كبيرة .

- الكم الهائل المستخدم من صور الأشعة العادي و الملوّن و فوق الأمواج الصـوتية و الطبقـي و الرنين المغناطيسي و الأشعة العلاجية وعلاج حالات السرطان الإشعاعي و الكيميائي و غير ذلك من لوازم كثيرة لم نذكـر سـوى اليسير كأمثلة توضيحية لا أكثر ، فقد بلغ المعدّل اليومي للصـور الشعاعية العادية حوالي (٥٥٠ صورة أشعّة) و حوالي (٢٢ – ٢٧ صـورة) أو عملية تصوير طبقي و أكثر من (١٥ صورة رنين مغناطيسي) ، و ما تحتاجه من أفلام تقاس بالكيلو غرام فتستهلك ما يزيد عن الثلاثين كغم من الأفلام و حوالي (٢٤٠ – ٢٥٠ لترا) من مـادة تحمـيض الأفلام (المكسر) يوميا ، أضف إلى ذلك ما تحتاجه دائـرة الأشعّة من لوازم و متطلّبات و أجهزة و تكاليف تشغيل و إدامة الصـيانة و كـوادر بشرية مدرّبة و خبيرة متخصصة لإنجاز أعمالها اليومية المتكررة و الأعباء الثقيلة .

- أمـا بالنسـبة لمواد التنظيف و المنظّفات و المعقمات للأجهزة و المعدّات والأرضيات بجميع أنواعها وأشكالها و عبواتها فقد تمّ تفصيلها من خلال الجدول بشكل لا يحتاج إلى توضيح أكثر مما سبق ذكره .

- المســتودعات و اللوازم و الخدمات غير الطبية أيضا ليست بالقليلة فهناك جيش من العاملين (كعمّال الخدمات العامة) و يزيد عددهم على الثلاثة آلاف عــامل يعملــون على الورديات الثلاثة و على مدار الساعة فهم يشرفون على أعمال النظافة و التدبير المنزلي و الصيانة، و كذلك يوجد مستودعات لوازم الأثاث و القرطاسية و الأقمشة و المخيطة و المصبغة و دائرة التغذية وصيانة الأجهزة الطبية ومشاغلها و مستودعات الأدوية و العقاقــير الدوائــية و الطبــية و المختبرات و مستودعاتها ولوازمها المخــبرية ، كمــا يوجــد بالمستشفى مراكز وطنية وتعليمية طبية فنية كمركز الطب الشرعي و مدارس و معاهد التمريض و القبالة و الإدارة الصــحية لإعــداد الفنييــن و الإدارييــن المدربين كالإحصاء الحيوي و الســجلات الطبــية و الــبرمجة و الحاســب الآلــي وغير ذلك من اختصاصــات فنية و مكتبة كبيرة موصولة بأنظمة الحاسب و الإنترنت الدولــي لمــتابعة كــل مــا هو جديد من العلوم الطبية و العلوم الطبية المساعدة و غيرها .
- يلاحــظ مــن خلال تحليل و دراسة بنود موازنات اللوازم الطبية و غير الطبية من المثال السابق بأنها تكلّف المستشفى مبالغ مالية ضخمة حيث تقدّر الموازنة المالية العامة للمستشفى بحوالي المائة مليون دينار أردني على أدنى تقدير .

حاليا و مع مطلع القرن الجديد فقد بدئ بتنفيذ عمليات تطويره و تحديثه و قــد يستغرق ذلك التحديث للمستشفى السنوات الست القادمة و حتى نهاية العــام ٢٠٠٧م ، و قــد رصــد لذلك موازنة مالية كبيرة لتنفيذها على ستة

مــراحل كما وتعمل وزارة الصحة على بناء وتشغيل مستشفيات جديدة عدة؛ هذا وقد لوحظ في الآونة الأخيرة أنه قد طرأ ارتفاع في نسب أجور المعالجة فــي مستشفيات القطاع العام و قد يكون هذا نتيجة التوجه لعملية الخصخصة لقطاع الصحة و خصوصا العلاجية مستقبلا.

التحليل العام : - من خلال المقارنات لبيانات الجداول الأربعة السابقة من حيــث أعــداد الأســرّة كما هي لكل عشرة آلاف نسمة في العام ٢٠٠٠ م والخدمــات السريرية المقدمة و نسب الإنفاق الحكومي لكل دولة من الدول المشــار إلــيها ســواء العربية أو الأجنبية ، و الموضحة في الجداول أعلاه نلاحظ أن بلدا كالأردن تحظى برعاية طبية متميزة مقارنة مع دول المنطقة خاصة و بين دول العالم عامة.

هــذا بالإضافة إلى الجودة و النوعية المتميّزة للخدمات الصحية ، و بناء على ما تقدّم يمكن تعريف الجودة و النوعية بأنها درجة من درجات الإتقان و هــي نسبية مع اعتباراتها ، فمنها الممتاز و الجيد و الرديء ؛ و ما كان مقــبولا في فترة سابقة قد يصبح مرفوضا في فترة لاحقة . فيما يلي عرض للأسباب المؤدية لارتفاع مستوى الجودة والتقنيات المتطورة الحديثة : -

- تقــدّم الأبحاث الصحية التي تكشف الكثير عن غموض بعض الأمراض وتشخيصها و علاجها .
- التكتــيك و التكنــيك الحديــث المتبع في أسلوب العمل و تقديم الخدمات الطبية .

- ازدياد التخصصات الصحية و الطبية و إداراتها و انتشارها والإقبال على التخصصات الفرعية مما يؤدي إلى الحاجة لإبراز النوعية سواء ما يتعلّق بالخدمة المقدّمة في المستشفيات أو الرعاية الصحية المقدّمة للمرضى.

كمـــا أن هناك عوامل عدة قد تؤثر في رفع مستوى الجودة و النوعية و تتلخص في :

- التأهيل العلمي و العملي العالي للعاملين في مجال تقديم الرعاية الصحية
- نســـبة الوفـــيات، و الولادات، و نسبة الاختلاطات، و نسبة الالتهابات - مـــبررات إدخـــال المرضـــى و إجـــراء العمليات ومراجعات العيادات الخارجية.
- مـــدد و معـــدّلات الإقامـــة و معـــدّلات الاشتغال و الدوران للأسرّة في المستشفيات .
- اســـتعمالات المضادات الحيوية ، والعقاقير الدوائية المتخصصة كأدوية السرطان و الكلى و غيرها من مستلزمات علاجية متطورة و نادرة .
- أســـباب إداريـــة أخرى قد تؤدي إلى التقصير و تدني مستويات الجودة والنوعية لإدارة الخدمات الصحية .

ثـــم يأتي دور الرقابة و التفتيش لمراقبة و تقييم الفعاليات المطلوبة لتأكيد الجودة النوعية للخدمات الطبية و الصحية المقدّمة في المستشفيات والمراكز الصـــحية بشـــكل عـــام و للرعاية الصحية بشكل خاص، كالأدوار و المهام (الـــرقابة، و التقييم ، و التطوير المستمر) التي يقوم بها ديوان المحاسبة أو

الجهــات التنفــيذية كوزارة الصحة . مع ضرورة متابعة المبادئ الأساسية التالية :

- تحديــد المشكلة المتوقع حصولها قبل وقوعها بمراقبة الخدمات الصحية المقدّمة .

- وضع الحلول و البدائل المناسبة و استمرارية عملية المراقبة و التحليل لجمــيع الخدمات المقدمة للمرضى سواء في العيادات و المراكز الصحية أو في المستشفيات .

- القيام بتدريب الكوادر التي تقدم هذه الخدمات و مشاركتها بعملية الرقابة و اقتراح الحلول المناسبة .

- الــرقابة الدوريــة المعــتمدة على الأسس و المعايير الأساسية و الثابتة للخدمــات الصــحية ، و تــزويد الإدارة العامــة و الإدارات الفرعــية والمسؤولين يوميا أو دوريا و بشكل واضح عن الخدمات الصحية المقدمة

كــل ذلــك يصــبح ضروريا لتحقيق الأهداف المرجوّة، و بعضها يمكن إيجازه في :

١- العمــل علــى تحســين نوعية الرعاية الطبية و الصحية المقدّمة و رفع مستوياتها أداء و معرفة لدى جميع العاملين بها مع ضرورة توجيه مكاتب التخطــيط الإداري نحــو التخطــيط السليم و تلافي الأخطاء و التزويد بالمعلومــات الشــاملة و الوافية عن جميع الوحدات الصحية العاملة في البلاد .

٢- عملية تحديد أسلوب العمل من خلال :

أ- تحديد حجم المشكلة و تشخيص الأسباب و وضع الأولويات .

ب- عملية تطبيق القرارات لإنهاء و معالجة الأخطاء أو تخفيفها ، و مراقبة نـــتائج الحلول و متابعة الخطوات العملية لتطوير الخدمات المقدّمة ، مع ضرورة متابعة عمليات التوثيق و رفع التقارير التفصيلية لإحكام عمليات الرقابة و التدقيق بأشكاله .

- و لتحقـــيق هذه الأهداف يتوجب مراعاة المهام و الواجبات التي تتلخص في:

١- مراقـــبة تقديـــم و أداء و تنفيذ الخدمات الطبية و العلاجية و التمريضية وبـــرامج التدريـــب و تنفيذ القرارات، و تطبيق أنظمة التأمينات الصحية المرعـــية و متابعة الأعمال الإدارية المكتبية و السكرتارية ، و الخدمات الفندقية المقدّمة .

٢- مراقبة أداء الكوادر العاملة في المؤسسة، و تناسب الأداء مع الإمكانات المقدمـــة، و مراجعة المواقف المالية الاعتيادية و الطارئة من خلال رفع الـــتقارير الإداريـــة و المالـــية دوريـــا للإدارة العامة لاتخاذ الإجراءات و القرارات اللازمة و المناسبة .

٣- مراقـــبة و مراجعة و تنفيذ و توزيع و متابعة إجراءات سير العمل في جميع المؤسسات الصحية بالمملكة ومنع الازدواجية في العمل والقرارات.

٤- مـــراجعة توزيـــع القوة البشرية والإجراءات وتوخي العدالة في ذلك ورقابـــتها .... الـــخ في الإدارات لمنع تضخّم الأجهزة الإدارية و الفنية العاملـــة ، و مراقـــبة السجلات الطبية ،و تطبيق أنظمة التأمين الصحي

والأبنية و النقليات ومراقبة أعمال التخزين و المخازن ، و برامج التعليم و التدريب المستمر .

٥- مراقبة النواحي و الإجراءات المالية و التأكد من أن الصرف لا يتمّ إلا بموجب مستندات معتمدة و مكتملة الشروط و مطابقة مع إقرانها بالوثائق المطلوبة .

٦- المـــراجعات الحســابية مـــن خـــلال مقارنة و مراجعة جداول الكميات والمـــواد الـــواردة و المـــبالغ المطلـــوب صرفها ، و مراجعة حسابات الإيـــرادات و المصروفات و أوامر الدفع ، و التحقق من تطبيق غرامات التأخـــير و المخالفات العقدية و عقود الشراء ، و الكشف عن الاستهلاك الزائد للموارد و المواد من خلال قوانين و تطبيقات محاسبة الكميّات .

٧- الـــتأكد من صحة القيود المحاسبية اليومية و الشهرية و نصف السنوية والســـنوية، و مطابقـــتها للمـــبالغ المعتمدة و البينة بالمستندات و أوامر الصـــرف، و مطابقـــة قـــيود الصـــناديق النقدية مع سجلات الإيرادات والمدفوعـــات و ترحـــيل قـــيود الحسابات حسب الأصول و الكشف عن المصرفات غير الضرورية .

٨- عمـــل الـــتقارير الإحصـــائية الدوريـــة و الرســـوم البيانية و اللوحات الإحصائية اللازمة، واقرارها و متابعة جميع أعمال المراسلات و أصول المخاطبات الرسمية لضمان انتظام سير العمل .

٩- متابعة أعمال لجان معالجة و متابعة الأخطار و الأضرار التي قد تلحق بالمريض أو الزوار أو المشرفين على تقديم الرعاية الصحية سواء أكانت ماديـــة أو جسمية أو نتيجة للعلاج أو الرعاية الصحية المقدمة للمرضى

عموما . و تقصّي مصادر العدوى و الاستقصاءات الوبائية في المجتمع ، و متابعة أية أخطاء طبية قد تحصل إداريا أو قانونيا .

١٠- إجــراء و متابعة أية ملاحظات أو برامج نصح و إرشاد أو تعديلات لازمـــة علـــى الـــنظم الإداريـــة و الفنية لتطبيقها و التأكد من سلامتها ومواءمتها للواقع المطلوب و المأمول .

مثال عملي لمستشفى خاص تعليمي:

الجــدول رقــم (٦) الذي يوضّح موازنة المستشفى (ص) التعليمي بالأرقــام للعام ١٩٨٨ م و مقارنتها أثناء التحليل مع عام ٢٠٠٠ م و هي كما يلي : -

(٢) - و هذا مثال إحصائي رقمي لموازنة مستشفى عام تعليمي **(ص)** موضّـــح بـــالجدول (٦) و أقســـامه من (١ - ٩) التالية و تحليل بياناتها و بنودها كوسيلة إيضاحية لعام ١٩٨٨ م، و مقارنته مع موازنة عام ٢٠٠٠ م ، فسنجد بأن إيرادات و نفقات هذا المستشفى للسنة المالية السابقة (١٩٨٨ م) مـــثلا قـــد بلغـــت (١٠٧٧٠٠٠٠ ديـــنار) ، و يمكن تحديد مصادر الإيرادات و مواقع الإنفاق حسب الأرقام و المخصصات الواردة في الجدول رقــم (١/٦ - ٩) ، علمـــا بأن الموازنة العامة للدولة للعام ٢٠٠٠ م قد بلغت (مليارَي دينار أردني تقريبا) . وبمقارنة هذه الموازنة و ما شابه من قدم حيث أراد الباحث بذلك أن يؤطر البداية الفعلية لهذا المستشفى بعد إتمام توسعته و تحديثه و تشغيله بالطاقة الإنتاجية المرسومة له مع وضعه الفعلي الحالـــي للعام (٢٠٠٠ /٢٠٠١) فيلاحظ المستوى المتقدّم للإرتقاء بالخدمات

الصـــحية العلاجـــية و الوقائـــية و دوره بـــرفد المجتمع المحلي والإقليمي بالخبرات الواسعة رغم أن بنود موازنته لم تزده كثيرا فقط بنسبـــة (١٧ %) لإجمالي بنود الخدمات و النفقات يستثنى من ذلك الإنشاءات والأبنية الملحقة، كما أن الإيرادات أيضا قد زادت بمعدل (١٢ %) تقريبا.

ملاحظـــة : لا يجـــد الباحـــث ضرورة لإدراج جداول بنود موازنته مرة أخرى منعا للتكرار أو الإطالة.

المادة	البيان	الإيرادات المقدّرة بالدينار للعام ١٩٨٧	إعادة تقدير الإيرادات بالدينار للعام ١٩٨٧ م	الإيرادات المقدرة لموازنة عام ١٩٨٨م بالدينار	البيـــــــــان	النفقات المقدّرة في الموازنة للعام ١٩٨٧م بالدينار	إعادة تقدير النفقات للعام ١٩٨٧م بالدينار	مخصصات النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م .
	الإيرادات				النفقات			
	أ) الإيرادات الذاتية				أ) النفقاتُ المتكررة			
١	النقدية من المرضى	٢٠٠٠٠٠٠	٢١٢٠٠٠٠	٢٢٠٠٠٠٠	١- رواتب + علاوات + حوافز	٣٦٥٤٠٠٠	٣٦٢٧٠٠٠	٣٩٠٠٠٠٠
٢	ذمم مستحقّة سابقة	١٥٠٠٠٠	١١٠٠٠٠	١١٠٠٠٠	٢- خدمات عامة	٤٤٥٠٠٠	٤٢٦٠٠٠	٥٢١٠٠٠
٣	ايرادات متفرقة	٢٢٠٠٠٠	٢٣٠٠٠٠	٢٠٠٠٠٠	٣- صيانة وتحديث للمستشفى	١٢٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	١٣٠٠٠٠
٤	تبرعات دورية	٤٠٠٠٠	٢٥٠٠٠	٢٥٠٠٠	٤- نفقات مشتركة	٦٥١٠٠٠	٥٩٨٠٠٠	٨٥١٠٠٠
					٥- لوازم طبية+أدوية+مواد مستهلكة	١٤٠٥٠٠٠	١٣٩٤٠٠٠	١٥٩٥٠٠٠
					٦- نفقات تبديل معدات طبية وغير طبية واثاث وقرطاسية	٢٥٥٠٠٠	١٥٧٠٠٠	٢٩٥٠٠٠
					٧- الضمان الإجتماعي	٣٥٠٠٠٠	٢٧٥٠٠٠	٣٠٠٠٠٠
	مجموع الإيرادات	٢٤١٠٠٠٠	٢٤٨٥٠٠٠	٢٥٣٥٠٠٠	المجموع للنفقات	٦٨٨٠٠٠٠	٦٥٤٧٠٠٠	٧٥٩٢٠٠٠
	ب- الإيرادات المخصصة				ب- النفقات الرأسمالية			
٥	أرصدة مخصصات المشاريع الملتزم بها .	١١٠٥٠٠٠	١٣٩٦٠٠٠	١٤٨٥٠٠٠	٨- تجهيزات طبية وغير طبية ملتزم بها	٥٦٥٠٠٠	٣٠٧٠٠٠	٢٥٠٠٠٠

	المجموع	٣٥١٥٠٠٠	٣٨٨١٠٠٠	٤٠٢٠٠٠٠	٩- تجهيز وتأثيث مباني جديدة (توسعة)	١٠٠٠٠٠٠	١٦٢٠٠٠	٧١٥٠٠٠
	ج – دعم حكومي ومؤسسي				١٠- تجهيزات طبية جديدة	-------	------	٤١٣٠٠٠
٦	منحة الحكومة بموجب القانون	٣٥٠٠٠٠٠	٣٥٠٠٠٠٠	٤٥٠٠٠٠٠	١١- تسديد أقساط + فوائد قروض	٤٢٠٠٠٠	٤٢٠٠٠	١٤٥٠٠٠٠
٧	مساهمة الجامعة المعنية	٢٥٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠				
	المجموع	٣٧٥٠٠٠٠	٣٧٥٠٠٠٠	٤٧٥٠٠٠٠	**المجموع**	١٩٨٥٠٠٠	٨٨٩٠٠٠	٢٨٢٨٠٠٠
	المجموع العام	٧٢٦٥٠٠٠	٧٦٣١٠٠٠	٨٧٧٠٠٠٠	**المجموع العام**	٨٨٦٥٠٠٠	٧٤٣٦٠٠٠	١٠٤٢٠٠٠٠
	د – القروض				ج – النفقات الإنمائية			
٨	مخصصات مشروع التوسعة+تجهزه	٥٤٧٠٠٠٠	٤٤٢٠٠٠٠	--------	١١- مشروع التوسعة	٣١٢٠٠٠٠	٣١٢٠٠٠٠	--------
٩	دعم حكومي لتسديد الأقساط البنكية المتجمعة.	------	-------	١٤٥٠٠٠٠	١٢- تنظيم العيادات الخارجية+ إنشاء طابق إضافي علوي .	٢٠٠٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠٠
١٠	منح ومساعدات وقروض	-------	-------	٥٥٠٠٠٠				
	المجموع	٥٤٧٠٠٠٠	٤٤٢٠٠٠٠	٢٠٠٠٠٠٠	**المجموع**	٣٨٧٠٠٠٠	٣١٣٠٠٠٠	٣٥٠٠٠٠
	المجموع العام للموازنة .	١٢٧٣٥٠٠٠	١٢٠٥١٠٠٠	١٠٧٧٠٠٠٠	**المجموع العام للموازنة**	١٢٧٣٥٠٠٠	١٠٥٦٦٠٠٠	١٠٧٧٠٠٠٠

ما ورد أعلاه يتضمّن الفوائد والأقساط البنكية مستحقة الدفع للعام ١٩٨٨م مع طلب الحصول على دعم حكومي لتغطية تكاليف إنشاء وتشغيل المباني التي أنشئت بالإضافة لمبنى العيادات.

جدول رقم (٦- ٢) ويتضمّن خلاصة الإيرادات المتكررة والرأسمالية للعام ١٩٨٨م

المادة	البيان	الإيرادات المقدّرة بالدينار
	أ) – الإيرادات الذاتية :-	
١.	النقدية من المرضى	٢٢٠٠٠٠٠
٢.	ذمم مستحقة سابقة	١١٠٠٠٠
	ايرادات متفرّقة	
٤	أ – إيرادات المطعم والكفتيريا	٢٥٠٠٠
٥	ب – تعويضات العطل والضرر من العطاءات	١٥٠٠٠
٦	ج – مواد تالفة وايرادات متفرقة	٥٠٠٠
٧	د – فوائد بنكية	١٥٥٠٠٠
٨	ه – تبرعات دورية وسنوية	٢٥٠٠٠
	ب) – الدعم :-	
٩	منح حكومية	٤٥٠٠٠٠٠
١٠	منحة جامعة	٢٥٠٠٠٠
	ج) – الإيرادات المخصصة :-	
١١	أرصدة مخصصات المشاريع الملتزم بها ١٤٨٥٠٠٠	

	المجموع العام	٨٧٧٠٠٠٠
	د) – المـــنح والدعـــم الحكومي والقروض والمساعدات :–	
١٢	دعـــم حكومي جديد لتسديد أقساط قرض التجمع البنكي	١٤٥٠٠٠٠
١٣	مساعدات للتجهيزات الجديدة	٢٠٠٠٠٠
١٤	قروض لتغطية النفقات الإنمائية (تجهيز غرف عمليات وفتح طوابق وأقسام إضافية)	٣٥٠٠٠٠
	المجموع العام للإيرادات.	١٠٧٧٠٠٠٠

جدول رقم (٦ - ٣)

خلاصة النفقات المتكررة والرأسمالية للعام ١٩٨٨م

المادة	البيان	الإيرادات / مقدّرة بالدينار
أ -	**النفقات المتكررة :**	
١ .	الرواتب والعلاوات والحوافز	٣٩٠٠٠٠٠
٢ .	الخدمات العامة	٥٢١٠٠٠
٣ .	النفقات المشتركة	٨٥١٠٠٠
٤ .	اللوازم الطبية والأدوية والمواد المستهلكة	١٥٩٥٠٠٠
٥ .	إدامة الصيانة العامة والتحديث	١٣٠٠٠٠
٦ .	نفقات تبديل المعدّات الطبية وغير الطبية والأثاث (اللوازم الطبية وغير الطبية) .	٢٩٥٠٠٠
٧ .	الضمان الاجتماعي (بدلات واشتراكات) .	٣٠٠٠٠٠
	المجموع : -	٧٥٩٢٠٠٠
ب -	**النفقات الرأسمالية :-**	
٨ .	التجهيزات الطبية وغير الطبية الملتزم بها	٢٥٠٠٠٠
٩ .	تجهيز وتأثيث وفرش المباني المستحدثة الجديدة .	٧١٥٠٠٠
١٠ .	تجهيزات طبية جديدة .	٤١٣٠٠٠
١١ .	تسديد أقساط وفوائد القروض البنكية .	١٤٥٠٠٠٠

	المجموع :-	٢٨٢٨٠٠٠
	المجموع العام : =	٠٤٢٠٠٠٠
ج -	**النفقات الإنمائية : -**	
١٢ .	إعـــادة تنظيم مبنى العيادات القديم وفتح طابق إضافي و الأماكن الشاغرة .	١٠٠٠٠٠
١٣ .	إنشاء وتجهيز غرف العمليات الجديدة .	٢٥٠٠٠٠
	المجموع العام للنفقات :=	١٠٧٧٠٠٠٠

النفقات المتكررة والرأسمالية

أ) – الإدارة العامة

جدول رقم (٦ – ٤)

ويبين إجمالي النفقات المتكررة والرأسمالية للمستشفى (س)لنفس السنة ١٩٨٨م

المادة	البيان	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٧ بالدينار	إعادة تقدير المدفوعات لغاية ١٩٨٧/١٢/٣١م	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م بالدينار	إيضاحات عامة
١ .	رواتب وعلاوات الموظفين .	٣٤٩٠٠٠	٣٤٤٠٠٠	٣٦٤٠٠٠	أ – الرواتب الفعلية المطلوبة = ٣٤٤٠٠٠ دينار
					ب – الزيادات والترفيعات = ١٠٠٠ دينار
					ج – مخصصات الشواغر = ٥٠٠٠ دينار
					د –مخصصات الإحداثات الجديدة = ١٤٠٠٠ دينار
					المجموع = ٣٦٤٠٠٠ دينار
	المجموع =	٣٤٩٠٠٠	٣٤٤٠٠٠	٣٦٤٠٠٠	

ب – جدول رقم (٦ – ٥)

يبين نفقات ومدفوعات الجهاز الطبي لعام ١٩٨٨م للمستشفى (س)

المادة	البيان	النفقات المقدّرة لموازنة ١٩٨٧م	إعادة تقدير مدفوعات :٣١/ ١٩٨٧/١٢م	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م	إيضاحات عامة
					رواتب الأطباء (مقيمين وامتياز) :-
					أ – الرواتب الفعلية المطلوبة = ٥٢٥٠٠٠ دينار
					ب – الزيادات والترفيعات = ١١٠٠٠ دينار
					ج – مخصصات الإحداثات = ٢٨٠٠٠ دينار
					المجموع = ٥٦٤٠٠٠ دينار .
١ .	رواتب وعلاوات الأطباء	٥٢٥٠٠٠	٥٢٥٠٠٠	٥٦٤٠٠٠	الحوافز لأعضاء هيئة التدريس :-
٢ .	حوافز الأطباء (هيئة تدريس)	٣٦٥٠٠٠	٣٦٥٠٠٠	٣٨٠٠٠٠	أ – المخصصات الفعلية المطلوبة = ٣٦٥٠٠٠ دينار
٣ .	رواتب + علاوات الأطباء (من غير	٣٦٠٠٠	٣٥٠٠٠	٣٦٠٠٠	ب – فروق الزيادات السنوية = ٥٠٠٠ دينار

	أعضاء هيئة التدريس) .				
٤ .	رواتب+ علاوات الفنيين	٨٦٠٠٠	٨٦٠٠٠	٩٢٠٠٠	ج – مخصصات التعيينات الجديدة = ١٠٠٠٠ دينار
	المجموع =	١٠١٢٠٠٠	١٠١١٠٠٠	١٠٧٢٠٠٠	**المجموع = ٣٨٠٠٠٠ دينار**

الأطباء من غير أعضاء هيئة التدريس : –

أ – الرواتب الفعلية المطلوبة عام ١٩٨٨ = ٣٥٠٠ دينار

ب – زيادات وترفيعات – ١٠٠٠ دينار

المجموع = ٣٦٠٠٠ دينار

فنيي الجهاز الطبي : –

أ – الرواتب الفعلية المطلوبة عام ١٩٨٨م = ٨٦٠٠٠ دينار

ب – زيادات وترفيعات = ٢٠٠٠ دينار

ج – مخصصات الإحداثات الجديدة = ٤٠٠٠ دينار

المجموع = ٩٢٠٠٠ دينار

ملاحظة : – تلتزم المؤسسة التعليمية بدفع الرواتب الأساسية والعلاوات الأخرى لأعضاء هيئة التدريس السريريين العاملين بها وقدّت قيمتها ب : (٤٥٠٠٠٠ دينا) .

جدول رقم (٦ – ٦) / ج – الجهاز الفني

المادة	البيان	النفقات المقدّرة (موازنة عام ١٩٨٧م)	إعادة تقدير المدفوعات لغاية ٣١/ ١٩٨٧/١٢م	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م بالدينار	إيضاحات
					الصيدلية :-
١ .	رواتب + علاوات قسم الصيدلة	٦٦٠٠٠	٦٦٠٠٠	٧٠٠٠٠	أ- رواتب فعلية مطلوبة = ٦٦٠٠٠ دينار
٢ .	رواتب + علاوات قسم المختبرات	١٥٣٠٠٠	١٥٣٠٠٠	١٥٩٠٠٠	ب – زيادات وترفيعات = ١٠٠٠ دينار
٣ .	رواتب + علاوات قسم الأشعة	٤٩٠٠٠	٤٩٠٠٠	٦٣٠٠٠	ج – مخصصات إحداثات = ٣٠٠٠ دينار
٤ .	رواتب + علاوات قسم التمريض	١٣٠٠٠٠٠	١٢٩١٠٠٠	١٣٩٩٠٠٠	**المجموع = ٧٠٠٠٠ دينار**
	المجموع =	١٥٦٨٠٠٠	١٥٥٩٠٠٠	١٦٩١٠٠٠	**المختبرات :-**
					أ- الرواتب الفعلية المطلوبة = ١٥٣٠٠٠ دينار

ب – زيادات وترفيعات = ٤٠٠٠ دينار	
ج – إحداثات جديدة = ٢٠٠٠ دينار	
المجموع = ١٥٩٠٠٠ دينار	
الأشعة : –	
أ – رواتب فعلية مطلوبة = ٤٩٠٠٠ دينار	
ب – زيادات وترفيعات = ١٠٠٠ دينار	
ج – إحداثات جديدة = ١٣٠٠٠	
المجموع = ٦٣٠٠٠ دينار	
التمريض : –	
أ – رواتب فعلية مطلوبة = ١٢٩١٠٠٠ دينار	
ب – زيادات وترفيعات = ٢١٠٠٠ دينار	
ج – مخصصات الشواغر المنقولة = ٩٠٠٠ دينار	
د – مخصصات الإحداثات الجديدة = ٧٨٠٠٠ دينار	
المجموع = ١٣٩٩٠٠٠ دينار .	

جدول رقم (٦ - ٧) / د - دائرة الخدمات العامة

المادة	البيان	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٧م	إعادة تقدير المدفوعات لغاية ١٩٨٧/١٢/٣١	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨ بالدينار	إيضاحات
					تفاصيل الرواتب :
١ .	رواتب وعلاوات العاملين	٧٠٥٠٠٠	٦٩٣٠٠٠	٧٥٣٠٠٠	أ - رواتب فعلية مطلوبة = ٦٩٣٠٠٠ دينار
٢ .	رواتب وعلاوات الأمن	٢٠٠٠	٢٠٠٠	٢٠٠٠	ب - مخصصات الشواغر المنقولة = ١٢٠٠٠ دينار
	المجموع =	٧٢٥٠٠٠	٧١٣٠٠٠	٧٧٣٠٠٠	ج - الزيادات والترفيعات = ٢٠٠٠ دينار
					د - مخصصات الإحداثات الجديدة = ٤٦٠٠٠ دينار
					المجموع = ٧٥٣٠٠٠ دينار

جدول رقم (٦ – ٨) / الخدمات العامة – (أ) قسم التموين والتغذية .

المادة	البيان	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٧م بالدينار	إعادة تقدير المدفوعات لغاية ٣١/ ١٢/١٩٨٧بالدينار	النفقات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م / بالدينار	إيضاحات
١ .	المواد الغذائية	٢٢٠٠٠٠	٢١٥٠٠٠	٢٣٠٠٠٠	
٢ .	لوازم وادوات المطبخ	٧٠٠٠	٧٠٠٠	٧٠٠٠	
	المجموع =	٢٢٧٠٠٠	٢٢٢٠٠٠	٢٤٠٠٠٠	
(ب) – الصيانة					
١ .	عقــود صــيانة دوريــة للأجهزة الطبية وغير الطبية والعقود الأخرى .	٩٢٠٠٠	٨٠٠٠٠	٩٥٠٠٠	
٢ .	صيانة ولوازم ومحروقات	١٦٠٠٠	١٦٠٠٠	١٦٠٠٠	
٣ .	الصيانة الدورية للأبنية وغيرها	٣٠٠٠٠	٢٨٠٠٠	٣٠٠٠٠	
٤ .	قطع غيار ولوازم مستهلكة أجور	٨٠٠٠٠	٨٠٠٠٠	١٠٠٠٠٠	ويتضمّن قطع غيار مباني جديدة
٥ .	عقود التنظيف للمباني الجديدة	======	=======	٤٠٠٠٠	
	المجموع =	٢١٨٠٠٠	٢٠٤٠٠٠	٢٨١٠٠٠	
٦ .	الصيانة العامة: أعمال/ تحديث و إنشائية ، كهربائية ، ميكانيكية	١٢٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	١٣٠٠٠٠	– يتضمن: التزام بقيمة (٥٠) ألف دينار – (أسرّة ومصاعد وPVC) ،
	المجموع	١٢٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	١٣٠٠٠٠	

الجدول رقم (٦ - ٩) / تابع خلاصة مشروع موازنة المستشفى (س) / ف٣ – النفقات المشتركة ، بالدينار الأردني .

المادة	البيان	الإيرادات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٧م	إعادة تقدير الإيرادات لغاية ١٩٨٧/١٢/٣١	الإيرادات المقدّرة لموازنة عام ١٩٨٨م	الإيضاحات
	النفقات المشتركة / المساهمات :				
١ .	أ – مكافأة نهاية الخدمة	٢٥٠٠٠	٢٠٠٠٠	٢٥٠٠٠	
	ب – مخصصات إدخار الموظفين	٦٠٠٠٠	٦٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	
٢ .	التأمينات :				
	أ– مساهمات التأمين على الحياة	٤٠٠٠	٤٠٠٠	٦٠٠٠	زيادة الرواتب وارتفاع أقساط التأمين
	ب – التأميـن عـل موجـودات المستشفى	٣٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	
	ج – التأمين الصحي والمعالجات الخارجية للموظفين	١٠٠٠٠	١٠٠٠	=======	
٣ .	المشتريات المتنوعة :				
	أ– مواد تنظيف	٧٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	٥٠٠٠٠	
	ب – ورق صحي	٤٠٠٠٠	٣٨٠٠٠	٤٥٠٠٠	
	ج – لوازم ومشتريات متفرقة	١٥٠٠٠	١٤٠٠٠	١٧٠٠٠	
٤ .	مصاريف خدمات :				

	أ – برق وبريد وهاتف .	٢٠٠٠٠	٢٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	
	ب – مياه وكهرباء ومحروقات	٢٦٥٠٠٠	٢٦١٠٠٠	٤٢٠٠٠٠	ويتضمّن مبلغ (١٥٠) ألف دينار مصاريف مباني جديدة .
	ج – اجرة سكن ممرضات	٩٠٠٠	٩٠٠٠	٧٥٠٠٠	ويتضمّن استئجار سكنات جديدة للممرضات بمبلغ (٦٦٠٠٠ دينار)
٥ .	النفقات الأخرى				
	أ – دورات وبعثات	٤٠٠٠٠	٢٠٠٠٠	٢٠٠٠٠	
	ب – مصاريف ضيافة	٣٠٠٠	١٠٠٠	٣٠٠٠	
	ج – تذاكر سفر للممرضات الأجنبيات	٦٠٠٠٠	٥٠٠٠٠	٦٠٠٠٠	
	المجموع =	**٦٥١٠٠٠**	**٥٩٨٠٠٠**	**٨٥١٠٠٠**	
٦ .	مساهمات المستشفى بالضمان الإجتماعي	٣٥٠٠٠٠	٢٧٥٠٠٠	٣٠٠٠٠٠	يوجد إلتزام بدفع مبلغ نصف مليون دينار كذمم سابقة .
اللوازم الطبية والأدوية والمواد المستهلكة .					
١ .	لوازم طبية مستهلكة	٤٣٠٠٠٠	٤٣٠٠٠٠	٥٠٥٠٠٠	**اللوازم الطبية المستهلكة :-**
٢ .	الأدوية	٦٣٠٠٠٠	٦٣٠٠٠٠	٧٠٠٠٠	– زياد المخصصات بسبب افتتاح وحدات جديدة وطوابق ومرضى
٣ .	مواد مختبرات مستهلكة	١٩٥٠٠٠	١٩٠٠٠٠	٢٠٠٠٠٠	**الأدوية :-**
٤ .	قرطاسية ومطبوعات ولوازم	٢٥٠٠٠	٢٤٠٠٠	٢٥٠٠٠	– زيادة المخصصات بسبب زيادة عدد

ت	الفقرة				الملاحظات
	مكتبية				المرضى والمراجعين...
٥ .	أفلام ومستهلكات الأشعة	٤٥٠٠٠	٤٥٠٠٠	٧٥٠٠٠	**الأشعة – أفلام ومستهلكات :-**
٦ .	الغازات الطبية وغير الطبية	٣٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	٤٠٠٠٠	بسبب زيادة أعداد المرضى والمراجعين وشراء أجهزة جديدة...
٧ .	أقمشة وملابس وكلف	٥٠٠٠٠	٤٥٠٠٠	٥٠٠٠٠	
	المجموع =	**١٤٠٥٠٠٠**	**١٣٩٤٠٠٠**	**١٥٩٥٠٠٠**	
نفقات تبديل الأجهزة والمعدّات الطبية وغير الطبية القديمة ...					
١ .	نفقات تبديل الأجهزة والمعدات الطبية	١٧٥٠٠٠	٩٥٠٠٠	٢٣٠٠٠٠	
٢ .	نفقات تبديل الأجهزة والمعدّات غير الطبية	٤٠٠٠٠	٣٠٠٠٠	٤٠٠٠٠	
٣ .	الأثاث	٤٠٠٠٠	٣٢٠٠٠	٢٥٠٠٠	
	المجموع =	**٢٥٥٠٠٠**	**١٥٧٠٠٠**	**٢٩٥٠٠٠**	
الالتزامات الرأسمالية ...					
١ .	أقساط جهاز التصوير الطبقي	٥٠٠٠٠	٤٢٠٠٠	-------	أجهزة طبية للمستشفى = ٧٠٠٠٠٠ دينار
٢ .	تجهيزات طبية وغير طبية	٥١٥٠٠٠	٢٦٥٠٠٠	٢٥٠٠٠٠	أجهزة غير طبية وكمبيوترات = ١٠٠٠٠٠ دينار
٣ .	تجهيز وتأثيث المباني الجديدة	١٠٠٠٠٠٠	١٦٢٠٠٠	٧١٥٠٠٠	أجهزة طبية للعيادات ولعيادات الأسنان

	وطب أسنان				= ١٦٥٠٠٠٠ دينار
	المجموع =	١٥٦٥٠٠٠	٤٦٩٠٠٠	٦٦٥٠٠٠	المجموع = ٩٦٥٠٠٠ دينار .
النفقات الرأسمالية .					
١ .	تجهيزات طبية جديدة	======	======	٤١٣٠٠٠	
	المجموع =	======	======	٤١٣٠٠٠	
٢ .	تسديد أقساط وفوائد القروض	٤٢٠٠٠٠	٤٢٠٠٠٠	١٤٥٠٠٠٠	
	المجموع العام =	٤٢٠٠٠٠	٤٢٠٠٠٠	١٨٦٣٠٠٠	
النفقات الإنمائية للمشاريع / الأبنية والإنشاءات .					
١ .	أ . مشروع توسعة المستشفى (س) .	٣١٢٠٠٠٠	٣١٢٠٠٠٠	========	
٢ .	إعادة تنظيم ع . الخارجية القديمة	٢٠٠٠٠٠	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠٠	
٣ .	إنشـاء وتجهـيز غرف العمليات الجديدة	٥٥٠٠٠٠	=======	٢٥٠٠٠٠	
المجموع =		٣٨٧٠٠٠٠	٣١٣٠٠٠٠	٣٥٠٠٠٠	

الفصل التاسع

دراسة مقارنة محلّية وعربية ودولية

عربياً ودولياً :

يلاحـــظ مـــن خـــلال المسح الصحي الذي أجراه الاقتصادي **كوفـــنر – Kovner** – مـــن خلال الدراسة التي أجراها سنة ١٩٧٤ م مع زملائه على أمـــناء وأعضـــاء مجـــالس الإدارة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا أن نسبة (٩٢ %) من الهيئات الإدارية متخذة القرار تقوم بأداء واجـــباتها محققـــة الأهداف والاستراتيجيات والسياسات المطلوبة بشكل جيد ومناســـب ؛ فقد أجريت الدراسة على (٥٠٦ أعضاء) من مجالس الإدارة وأمـــنائها في (٣٨ مستشفى كبير وبسعة لا تقل عن ٢٠٠ سرير) ، حيث وجـــد بـــأن ٩٧ % مـــن المـــد يريـــن يقومـــون بتنفيذ سياسات وأهداف المستشـــفيات، ويركّـــزون على الوظائف الداخلية أكثر من الخارجية ؛ أما الجانب الآخر من الدراسة اللاحقة على المستشفيات الخيرية (غير الربحية) التـــي تكســـب معظـــم تمويلهـــا من أموال التبرعات من المصادر الخيرية والتـــبرعات والهـــبات من البيئة المحيطة فقد كانت تهتم بالجوانب الخارجية بشكل اكبر من سابقاتها .

هذا وقد أثبتت الدراسات والأبحاث حرية حركة وظائف الهيئات الإدارية لهـــذه المشافي بوجود مقترحات يمكن تنفيذها والاستفادة منها لإدارة وتنظيم شـــؤون البيـــئة، قد يكون هناك أيضا بعض البنود التي يوجد فيها تضارب

إجرائـــي بيـــن وظـــائف ومهام مثل هذه اللجان ؛ لذلك يمكن القول بأن هذه اللجان تستطيع السيطرة على وضع السياسات وتنفيذها في المستشفيات، لكن الإداريـيـــن يمكـــنهم السيطرة أكثر على المعلومات المستخدمة في وضع هذه السياســـات ؛ أمـــا عـــن كيفية اختيار هؤلاء الأعضاء فإن الإجابة هنا هي الأصـــعب وهـــي فـــي الوقـــت ذاته الأصوب من خلال الاختيار الأنسب ومواجهة وتحمّل أعباء المسؤوليات بأمانة وأقتدار، فقد اقترح العالم بووين – ١٩٧٣ / ١٩٧٥ م المســـاهمة فـــي وضع الأولويات للأهداف بوضوح مع تحديد مصادر الموارد للحصول على أعلى إيرادات وعوائد ممكنة، وإجراء التحلـــيل للمنفعة والكلفة وأنعكاساتها على الأوضاع الإدارية ضمن البرامج المعـــدّة لهذه الغاية ثم إجراء المقابلة والتقييم الفعلي للنتائج من خلال إعطاء السلطة والإشراف للهيئة الطبية وتفويضها بالحكم الذاتي لنفسها بتشكيل لجنة فنية لتنسيق الأمور الخفية المؤثرة على نسق العمل الصحي عموماً.

كمـــا ويتضـــمّن موضـــوع الاســـتقطاب (Recruitment) للعمالة الكفوءه والمدرّبـــة مـــن داخـــل أو خارج النظام الصحي وعلى مبدأ الحاجة للموارد البشـــرية المشـــتقة مـــن تخطـــيط القوى العاملة، يتمّ ذلك من خلال تدريب الموظفيـــن الموجوديـــن في النظام أنفسهم، أو من خلال الوكالات ومكاتب التوظيف أو الصحف وطرق الإعلان المختلفة لانتقاء المستخدمين الأكفاء ؛ أومـــن خـــلال تطويـــع وتحصين وتدريب الموظفين الصحيين بقوة القانون الصـــحي المتـــبع فـــي البلاد وهو ما يسمى ب : (By Laws) مع مراعاة أخلاقيات المهن الصحية وفق التشريعات والقوانين الصحية وموافقتها للواقع الصحي الراهن والحالي المصادق عليه من قبل مجالس الإدارة الصحية.

كمــا يجــب عدم إغفال مهام وأهداف التدقيق الصحي والطبي وذلك من خــلال عمل المراجعات أو تفويض اللجان إداريا ومحاسبيا، وإيجاد البرامج الصحية الشاملة للرعاية الصحية والتي يجب المحافظة على استمراريتها في مهامها بمراجعة السجلات للتأكد من أن الرعاية الطبية والصحية المقدمة هي على المستوى المطلوب من خلال اعتماد المعايير المعتمدة وتطبيقها ومقارنة النــتائج مــع المعايــير وأجراء الدراسات المعيارية والعشوائية التي تعكس الانحــرافات وأجــراء التعديلات اللازمة كالتعليم والتدريب، تعديل مسارات السياســات الصــحية إن لزم، إجراء التحديث التكنولوجي المناسب، ثم يأتي دور المــتابعة وإعــداد الــتقارير ودراسة النتائج والتقييم المستمر والشامل المؤدي إلى تحسين أوضاع الهيئات الصحية الوقائية والعلاجية معا .

كذلــك وجوب مراعاة دور الاتحادات والنقابات المهنية الصحية وتطبيق قوانينها، ودور الإدارة الموقفية في مواجهة ودرء المخاطر الصحية ما أمكن، رغــم ضعف دورها في الإدارة الصحية، مراعاة إمكانية تطبيق مبدأ الإدارة بــالأهداف المعــتمد في تسلسله المرحلي على خطوات منهجية عدة كوضع سياسات البرامج الصحية العامة ثم تحديد المهام والأهداف العريضة وتوحيد لأنظمــة العمــل الخاصة بإدارة المؤسسات الصحية يليها الأهداف الصغيرة والمحــددة، مــن خــلال وضـــع البرامج الصحية يأتي دور التطبيق الفعلي والواقعــي وتفــادي والتغلّــب على المعوقات التي قد تواجه إدارات النظم الصحية في القطاعين العام والخاص في البلاد وتربكها.

يمكــن ملاحظــة ذلك من خلال الجداول التالية التي تبيّن وضع الأردن الصحي بين دول العالم المختلفة من حيث التزايد السكاني وأسرّة المستشفيات

توزيعهـــا ودورانهـــا ومعدلات اشغالها والخدمات فيها في جميع القطاعات الصـــحية، مبيـــنة مكونات أية منشأة صحية بشكل عام بالإضافة إلى نسب مشاركات هذه القطاعات الصحية المالية والتأمينات الصحية مع تمثيل معظم بنود المصرفات للمستشفيات وتحليلاتها .

(م ٤،٥) .

جدول رقم (٧)

يمثل تزايد أعداد السكان في الأردن من سنة (١٩٩١/٢٠٠٠ م)

السنة	الدولة (الأردن)
١٩٩١	٣٧٠١٠٠٠
١٩٩٢	٣٨٤٤٠٠٠
١٩٩٣	٣٩٩٣٠٠٠
١٩٩٤	٤١٣٩٠٠٠
١٩٩٥	٤٢٩١٠٠٠
١٩٩٦	٤٤٤١٠٠٠
١٩٩٧	٤٥٩٧٠٠٠
١٩٩٨	٤٧٥٨٠٠٠
١٩٩٩	٤٩٢٤٠٠٠
٢٠٠٠	٥٠٩٦٠٠٠

حيث يلاحظ أن التزايد السكاني بلغت نسبته حوالي ٣,٣٢ % خلال العقد فـــإذا مـــا أمعن النظر في الجدول التالي يلاحظ أن أعداد أسرّة المستشفيات أيضا تتزايد باطراد وبنسبة معدلها (٣,٥٢ %) لكل عقد من الزمن .

جدول رقم (٨)

يوضح أعداد أسرة المستشفيات خلال خمسة سنوات

(١٩٩٦/٢٠٠٠م) في الأردن

السنة	عدد السكان	عدد أسرة المستشفيات
١٩٩٦	٤٤٤١٠٠٠	٧٥٥٠
١٩٩٧	٤٥٩٧٠٠٠	٧٨١٥
١٩٩٨	٤٧٥٨٠٠٠	٨٠٨٩
١٩٩٩	٤٩٢٤٠٠٠	٨٣٧١
٢٠٠٠	٥٠٩٦٠٠٠	٨٦٦٣

ففـــي عام ١٩٩٦ مثلا كانت أعداد الأسرّة حوالي (٧٥٥٠ سريرا) وكان عـــدد السكان حوالي أربعة ملايين ونصف المليون نسمة، وأصبح في العام الفين ميلادية حوالي خمسة ملايين ومائة الف نسمة تقريبا وبلغ عـــدد الأسرّة (٨٦٦٣ سريرا) .

جدول رقم (٩) يوضح أعداد أسرة المستشفيات

لكل (١٠٠٠٠ نسمة)، عام ١٩٩٤

الرقم	الدولة	عدد الأسرة
١	المملكة الأردنية الهاشمية	١٧
٢	جمهورية مصر العربية	١٧
٣	المملكة العربية السعودية	١٨
٤	دولة البحرين	٣٠
٥	الولايات الأمريكية المتحدة	٥١
٦	مملكة السويد	٦٥
٧	جمهورية ألمانيا الاتحادية	١٠٥

عـــند مقارنـــة عدد أسرّة المستشفيات في الأردن مع دول أخرى عربية ودول أجنبية من خلال الجدول التالي : -

يلاحـــظ أن عـــدد الأسرة في الأردن متناسق ومعدلات الأسرة في الدول العربـــية التي تتراوح ما بين أل (١٧، ١٨ سريرا /١٠٠٠٠ نسمة) ؛ أما بالنسبة للدول الأجنبية، فالولايات المتحدة مثلا عدد أسرّة مستشفياتها يعادل ثلاثة أضعاف عدد الأسرّة في الأردن، أما ألمانيا فعدد أسرّة المستشفيات فيها يزيد عن دولة نامية كالأردن بحوالي ستة أضعاف عدد أسرّة مستشفياتها .

عـــند التدقـــيق أكثر في تفاصيل الخدمة الصحية المقدمة في الأردن من خلال القطاعات الصحية المختلفة الموجودة من حيث عدد الأسرة الإدخالات

ومعدلات الإقامة ومدة المكوث في المستشفى ومراجعات العيادات الخارجية والعمليات الجراحية، والجراحات الخاصة كجراحة القلب يلاحظ ذلك من خلال مطالعة الجدول التالي:

جدول رقم (١٠)

يوضح الأعداد الإحصائية للخدمات الأساسية في المستشفيات الأردنية لعام ١٩٩٥م.

القطاع الصحي مزوّد الخدمة	عدد الأسّرة	الإدخالات	معدل الإقامة	نسبة الاشغال	العيادات الخارجية	العمليات الجراحية	جراحات القلب
وزارة الصحة	٢٩٤٢	٢٠٠٩١٥	٣,٥	٦٦,٠٠	١٤٨٦١٧٧	٦٠٦٢٥	٩٠٠
م. الجامعة الأردنية	٤٦١	٢٣٦١٠	٤,٥	٧٢,٠٠	١٧٠١٤٣	٨٧٠١	١٠٠
الخدمات الطبية الملكية	١٧٣١	٩٥٣٨٤	٤,٥	٧٣,٥٠	١٠٨٧٤٨٩	٣٢٠٥٨	١١٠٠
القطاع الخاص	٢٣٠٦	١٦١٠١١	٢,٥	٤٧,٨٠	٢٦٥٩٤٠	٧٠٥٠٥	١٥٤٢
المجموع :	٧٤٤٠	٤٨٠٩٢٠	٣,٥	٦١,٦٠	٣٠٠٩٧٩٤	١٧١٨٨٩	٣٦٤٢

لا بد لنا من عقد بعض المقارنات الإحصائية والبيانية للاستدلال على بعض الوقائع والحقائق حول موازنات وتكلفة بعض الى مكونات النظام الصحي كالأراضي والمباني واللوازم الطبية والأثاث والمركبات وكلفة التشغيل وغيرها ؛ بالنظر لمكونات النظام الصحي الأردني مثلا نجد أن مساهمة القطاع الخاص حوالي (٤٧ %)، وهي مساهمة كبيرة نسبيا

وفعالة، ويليها مساهمة القطاع الحكومي التي تقدر بحوالي (٤٥ %) وهذه المســـاهمة تغطـــي حوالي ثلثي السكان في المملكة ثم يلهما الجهات الدولية كالصحة الدولية و وكالة الغوث WHO,UNRWA وغيرها وتقدر بحوالـــــي (٨ %)، بالإضـــافة إلى مساهمة الإدارة الصحية في هذا المجال كالتطوير ورسم السياسات الصحية والتخطيط الصحي ومقدار ما يصرف على القطاع الصـــحي مـــن موازنـــة الدولـــة الســـنوية وما يطرأ عليها من زيادة نتيجة الاستحداثات من مستشفيات ومراكز صحية عامة ومتخصصة .

جدول رقم (١١)

يوضح مجموعة من العناصر المكونة لأي منشأة صحية :-

الرمز	آلاف الدنانير (JD X1000)
أراضي	١٥٠٠
مباني	٥٧٦٠
أثاث	٧٥٠
تجهيزات ولوازم طبية	٦٠٠٠
مصاريف ما قبل التشغيل	١٢٩٥
المركبات	١٥٠
المجموع	١٥٤٥٥

الجـــدول (١١) أعـــلاه يوضح أن تكلفة إنشاء مستشفى متوسط بحدود الثمانيـــن سريرا قد يصل إلى حوالي الخمسة عشر مليون دينار أردني بحده الأدنى، وقد فصلت هذه التكاليف إلى بنود عدة أهمها الأرض والموقع الـــذي

سيقام عليه المشروع، فلوكانت مساحة الأرض بحدود خمسة دونمات (٥٠٠٠ م٢) وكانت بكلفة مليون ونصف الدينار والمباني الرئيسية والمساندة كالمستودعات بكلفة خمسة ملايين وسبعماية وخمسين ألف دينار، والأثاث بسبعمائة وخمسين ألفا، والتجهيزات الطبية بستة ملايين دينار والتشغيل بمليون وثلاثماية ألف دينار، والسيارات بحدود المائة وخمسين ألفا وهكذا فيكون المجموع حوالي الخمسة عشر مليون دينار تقريبا ؛ ويجب أخذ الموقع بعين الاعتبار مثلا أن يكون متوسطا ويخدم شريحة كبيرة من الناس وقريبا مع مراعاة سهولة الوصول إليه والاختصاصات المطلوبة متوفرة كافة وعلى مدار الساعة، وأن يكون متعاقدا مع وكالات ومديريات التأمين الصحي بالبلد ليسهل على المرضى سرعة وأمكانية التعامل معه من خلال اتفاقيات التأمين الصحي المبرمة معه ؛ عند عقد مقارنات بين الأردن والدول سواء العربية أوالأجنبية لنسب الإنفاق من الدخل القومي والناتج المحلي ونسب التغطية للنفقات محليا ودوليا، يظهر التشابه من خلال الجدول التالي :-

جدول رقم (١٢)

يوضح نسب الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومقارنتها مع دول أخرى من إجمالي الدخل المحلي (GDP) والمدى

الرقم	الدولة State	النسبة من الناتج المحلي الإجمالي (% GDP)	المدى Range
١	الأردن	٩,٦	٥,٢ / ٣,٨
٢	مصر	٣,٧	١,٦ / ٢,١
٣	المغرب	٤,٠	١,٣ / ٢,٧
٤	لبنان	٩,٨	٢،٢ / ٧,٦
٥	اليمن	٥,٠	١,٥ / ٢,١
٦	إيران	٥,٧	٢,٤ / ٣،٣
٧	OECD	٨,٣	٦,٥ / ١,٨

أمـــا بالنسبة للتأمين الصحي وما يغطي من تكاليف علاجية داخل الأردن فهي موزعة حسب الجدول (١٣) التالي و ذلك حسب إحصائية عام ١٩٩٨م

جدول رقم (١٣)

ويوضح نسبة مشاركة القطاعات الصحية الأردنية

في تغطية التأمين الصحي

الرقم	القطاع	%	١٩,٧ % التغطية مضعفة Multiple coverage
١	الحكومة (وزارة الصحة)	٢١	===
٢	الخدمات الطبية الملكية	٣٣	===
٣	م. الجامعة الأردنية	١	===
٤	الخاص	٥	===
٥	وكالة غوث اللاجئين	١٨	===
٦	بوالص تأمين خاصة	٣	===
٧	غير المؤمنين	٣٢	===

لو القيت نظرة عامة على مصروفات المستشفيات الخاصة، مقارنة مع عدد الأسرّة، و ذلك من خلال بنود المصروفات العديدة الموزعة على خدمات وأحتياجات أي مستشفى من مستشفيات القطاع الخاص فيلاحظ مقدار حجم المصاريف والإنفاق التي يحتاجها لاستمراره في تقديم خدماته للجمهور ولضمان سير عمله بكفاءة وأقتدار .

الجدول رقم (١٤) التالي يوضح ذلك :- المثال التالي أخذ كحالة دراسية (Case-Study) ويمثل خمسة مستشفيات من القطاع الخاص لدراسة موازناتها المالية وأيراداتها ومصروفاتها لعام (٢٠٠٠ / ٢٠٠١ م) وقد فصّل

فـــي الجدول بنود المصروفات بشكل إجمالي ولوحظت الفروقات من خلال المجامـــيع و ذلـــك لمعـــرفة الإضافات من أبنية أو تجهيزات أو مصاريف إضـــافية، كمـــا يوضح عدد الأسرّة لهذه المستشفيات الخاصة وبنود إنفاقها وتقيـــيم وضعها الاستثماري ومدى استمراريتها في أداء أعمالها٠ ولم يذكر الباحث أسماء هذه المستشفيات حفاظا على سريّة المعلومات الخاصة بها، بل استعيض بدل أسمائها بالرموز.

جدول رقم (١٤) يبين بنود المصروفات لخمسة مستشفيات خاصة بالأردن لعام ٢٠٠٠م .

الرقم	بند المصروفات	عدد الأسرة في مستشفى (أ) ٤٠ سريرا	عدد الأسرة في مستشفى (ب) ٦٥ سريرا	عدد الأسرة في مستشفى (ج) ٧٦ سريرا	عدد الأسرة في مستشفى (د) ١٣٥ سريرا	عدد الأسرة في مستشفى (ه) ٢٧٦ سريرا
١	محاماة	١٥٧٥	٨٨٢٠	٢٥٢٠	١٢٠٠٠	٨٥٠٠
٢	تدقيق	٢٥٠٠	٦٥٠٠	٢٤٠٠	١٩٠٠٠	١٣٠٠
٣	استشارات	٣٠٠٠	–	٢٧٥٠	–	٣٦٠٠
٤	قرطاسية	١٣٠٠٠	٢٠٠٠٠	٤٩٠٠	٦٤٠٠٠	٣٦٠٠٠
٥	نظافة	٣٦٥٠٠	٥٥٠٠٠	٤١٠٠٠	١٥٣٠٠٠	٦٣٥٠٠
٦	صيانة	٥٠٥٠٠	٢١٠٠٠	١٧٨٠٠	١٥١٨٠٠	٢٨٠٠٠٠
٧	ضيافة	٦٠٠٠	٥٠٠٠	٦٢٠	٨٨٠٠	–
٨	متفرقات	٢٠٠٠	١١٠٠٠	٣٧٠٠	١٥٧٠٠	–

٩	تدريب	١٣٠٠	–	٢٩٠٠٠	١٣٤٠٠٠	–
١٠	رسوم	٣٠٠٠	٢٠٠٠٠	٦٠٠٠	١٢٠٠٠	–
١١	كمبيوتر	٦٠٠٠	٦٠٠٠	٣٥٠٠	٢٠٠٠٠	٢٤٧٥٠
١٢	إيجارات	٢٠٠٠	٢٠٦٠٠٠	٢٠٠٠	١٧٥٠٠	٢١٦٠٠
١٣	ديكورات	٣٠٠٠	–	٣٨٠٠٠	–	١٧٠٠٠٠
١٤	فوائد بنكية	٨٠٠٠٠	٦٩٥٠٠٠	–	١٣٩٠٠٠٠	٢٠٠٠
١٥	استهلاكات	١٨٥٠٠٠	١١٠٠٠٠٠	٢٣٣٠٠٠	١١٣٦٠٠٠	١٢٨٠٠٠٠
١٦	تنقلات	١٨٠٠	٤٥٠٠	٣٠٠٠	٣١٠٠٠	٩٧٠٠٠
١٧	هاتف	١٤٠٠٠	٢٤٠٠٠	٧٥٠٠	٦٢٠٠٠	٤٧٠٠٠
١٨	بريد	١٥٠٠	١٢٠٠	٣٠٠٠	٣٧٠٠	٢١٠٠٠
١٩	تبرعات	١٥٠٠	٥٢٠	١٩٠٠	٨٩٧	١٩٨٠٠٠
٢٠	تأمين	٢٠٠٠	١٣٠٠٠	١٤٦٠	١٧٥٠٠	–
٢١	ملابس	٤٧٠٠	١١٠٠٠	١٥٠٠	٤٢٠٠٠	٣٣٠٠٠
٢٢	المجموع	٣٧٥٨٧٥	٢٢٠٨٥٤٠	٤٠٥٥٥٠	٣٢٩٠٨٩٧	٢٢٨٧٢٥٠

التحليل للجدول رقم (١٤)

دراسة تحليلية للمثال السابق :-

من خلال المعلومات الواردة في الجدول رقم (١٤) نورد البيانات التالية للإيضاح :-

١- المجموع الصحيح الحقيقي لهذه المستشفيات هو :-

المستشفى (أ) = ٨٢١٨٠٠ دينارا،

المستشفى٠(ب) = ٢٥٩٢٦٢٠ دينارا، وم٠(ج) = ٩٨٠٣٣٠ دينارا المستشفى ٠(د) = ٥١١٤٨٣٧ دينارا، وم ٠(ه) = ١١٩١٤٠٥٠ دينارا

عدد أسرة المستشفى (أ) = (٤٠) سريرا،

والمستشفى (ب) =(٦٥) سرير ا، المستشفى (ج) = (٧٦) سريرا . والمستشفى (د) = (١٣٥) سريرا، والمستشفى (ه) = (٢٧٦) سريرا ٠

٢-وكانت كلفة السرير لكل مستشفى كالتالي : -

المستشفى (أ) تعادل (٥٤,٧ دينار)، وم ٠ (ب) تعادل (١٥٥,٩ دينار)، وم ٠(ج) تعادل (٣٣,٨ دينارا)، المستشفى ٠ (د) وتعادل (١١١,٦ دينارا)، وم ٠ (ه) وتعادل (٧٧,٧ دينارا ٠) ٠

٣-المجموع التقديري (المتوقع للموازنة العامة للمستشفيات) للعام ١٩٩٥م / ١٩٩٦ م :-

موازنة المستشفى ٠ (أ) = ٨١٠٠٠٠ دينار، موازنة المستشفى ٠(ب) = ٣٧٠٠٠٠٠ دينار، موازنة المستشفى ٠(ج) = ٩٤٠٠٠٠ دينار

موازنة المستشفى ٠ (د) = ٥٥٠٠٠٠٠ دينار، موازنة المستشفى ٠ (ه) = ٧٨٠٠٠٠٠ دينار ٠

٤-وكانت الفروقات بين المجاميع الحقيقية والظاهرة بالجدول رقم (١٣) هي كالتالي :-

موازنة المستشفى ٠ (أ) = ٤٤٥٩٢٥ دينار، موازنة المستشفى ٠ (ب) = ٣٨٤٠٨٠ دينار، موازنة المستشفى ٠ (ج) = ٥٤٧٨٧٠ دينار، موازنة ٠ (د) = ١٨٢٤٠٠٠ دينار وم ٠ (ه) = ٩٦٢٦٨٠٠ دينار ٠

على النحوالتالي

مستشفى (أ) = ١١٨٠٠ دينار سالب،

م ٠ (ب) = ١١٠٧٣٨٠ دينار،

موازنة المستشفى.(ج) = ٤٠٣٣٠ دينار سالب،

وم٠(د) = ٣٨٥١٠٣ دينار،

وم .(ه) = ٤١١٤٠٥٠ دينار سالب ٠

الفصل العاشر

العناصر المؤثرة على شراء التأمينات الصحية

١- **القوة الشرائية** :- نتيجة لتزايد الطلب على الخدمات الصحية لأنها أصبحت تعد في المرتبة الرابعة لتصنيف الحاجات الأساسية الإنسانية ونتيجة للتقدم العلمي وتطور الصناعة الصحية وبالرغم من كلفتها العالية فان الطلب عليها بازدياد مستمر لأنها توضع ضمن سلم الأولويات وتعتبر هدفا للمجتمعات المتقدمة والنامية على السواء ·

٢- **نقص المعلومات** :- نتيجة للنقص المزمن في مصادر المعلومات الصحية سواء من سجلات المستشفيات أو المراكز الصحية، فانه من الصعب الحكم على النوعية المقدمة حتى بعد تلقيها و ذلك لعدم معرفة مستهلكيها بمميزاتها وخصائصها، لأن نتائجها غالبا ما تكون ذات آثار بعيدة المدى، قد تكون لسنوات قادمة ·

٣- **عدم القدرة على تحديد الطلب** :- لأن الأطباء هم وحدهم من يقرر غالبا تحديد الطلب للخدمة الصحية ونوعها ووقت تقديمها بغض النظر عن سعرها أكثر من مستهلكي هذه الخدمات، وعليه فالمستهلك فقط يحدد حاجته للخدمة الصحية فقط عندما يمرض والطبيب هو الذي يحدد النوعية والكمية وشكل الخدمة الصحية كالعلاج والرعاية الطبية داخل المستشفى والمراجعات وعددها .

٤- **جهل متلقي الخدمة الصحية :-** إن جهل المستهلك للخدمة الصحية يلقي دومـــا عبـــئا ثقـــيلا على كاهل الأطباء ومسؤولية كبيرة خصوصا على مـــتخذي القرار وراسمي السياسات الصحية والمخططين الصحيين، فعند اتخاذ القرار وتقدير الكلف المادية المترتبة على ذلك جراء تقديم الرعاية الصـــحي. يتبين للقارئ أو للمهتم بالشؤون الصحية مدى أهمية التأمينات الصحية للمواطنين والمردود الإيجابي على الصحة العامة .

٥- **الـــبرامج الوقائية الصحية :-** تهدف هذه البرامج للوقاية من الأمراض والإعاقـــات لأي مجـــتمع إنتاجي متقدم ليكون مستثمرا المخرجات كافة والتـــي تـــتخطى احتياجاته من الخدمات الصحية إضافة للبرامج الخاصة بـــرعاية كبار السن وهي خدمات عامة واسعة الانتشار وغير ربحية في الغالب، وقد تكون أيضا برامج تعليمية مع أنها عالية الكلف نسبيا ٠

وبـــناء على ما سبق يمكن القول أن خصائص ومميزات خدمات الرعاية الصـــحية والطبـــية ذات صفة غير منتظمة ولا تتصف بالثبات، وهي ذات طبيعة اتصالية مع المرض عموما .

الفصل الحادي عشر

التعريف ببعض المصطلحات الاقتصادية

العجز في الميزانية العمومية

عـــندما تكـــون الإيرادات المالية العامة للدولة من الضرائب في انخفاض مســـتمر و/أو حـــاد فـــيكون عندها إمكانية وجود عجز في الميزانية العامة واضعة الاقتصاد الوطني في الجانب السالب وهذا العجز إما أن يكون مؤقتا أو مزمن.

أمـــا عـــن مســـاوئ العجز المالي للموازنة فانه يؤدي عادة الى التضخم (تضـــخمي) فيصبح الإنفاق الحكومي أكبر من إيرادات الضرائب مثلا، مما يـــؤدي إلـــى وجـــود هذا العجز حدوث أمور طارئة أوكوارث طبيعية أو مصطنعة مما يزيد من الوضع التضخمي .

عـــندئذ يتوجـــب علـــى الحكومة اتخاذ بعض الإجراءات الفعالة كضغط الإنفـــاق الحكومـــي وخفضـــه وتعديل الوضع الضرائبي ومعدلاته زيادة أو أســـتحداثا، ومحاولة رفع مستويات الاستثمار وتشجيعه، والحث على زيادة الصادرات السلعية والخدماتية والحد من الواردات العامة والتجارية الخاصة مـــا أمكن ؛ مع محاولة الحد من عوامل الهدر الحكومي وترشيد الاستهلاك للســـيطرة علـــى العجز الحكومي ومعالجته والحد من تفاقمه وتزايده قبل أن يصبح من الصعب السيطرة عليه مستقبلا ٠

المديونية الحكومية : -

هــي مجموع عجوزات السنوات السابقة، عادة تقاس بمؤشرات و/أو عقد مقارنـــات كـــالدخل للثروة أو العجز للمديونية، وللتخلص من المديونية فانه يتوجــب علـــى الاقتصاديين العمل على التخطيط ومتابعة المشاريع التنموية وأعداد الخطط التنموية (قصيرة ومتوسطة وطويلة المدى) للقطاعات كافــة ســواء الزراعية أوالصناعية أو التجارية، وتنشيط التجارة الخارجية والتصـــدير، لضــمان حصـــول انسياب تناغمي بين القطاعات كلها، ومنع حـــدوث أية عقبات أو مشاكل اقتصادية كبيرة (To stuck the economy) في لحظة زمنية معينة أما مساوئ المديونية فهي كثيرة أهمها : -

(أ) - سداد القروض والدين العام وما يعيقه، كأن يكون عبء خدمة الدين عالية (الفوائد المرتفعة) كما في فوائد نادي باريس؛ وغالبا ما يكون سبب الدين العام هومحاولة الدولة الوفاء بالتزاماتها الخارجية:-

نتيجة للحروب أوالكوارث الطبيعية أوالحوادث البيئية، أو الأوبئة والمجاعات، أو أقتصادية كالبطالة أو التضخم وسوء الإدارة مثلا ؛ لذلك قد تقوم الحكومة بالاقتراض لتنشيط الاقتصاد الداخلي والخارجي على السواء و/ أو العمل على خفض معدلات البطالة أو التضخم أو أنعاش الاقتصاد وحمايته من الكساد أو البوار أو الانكماش غير المرغوب فيه •

(ب) - العمل على دفع المديونية بشكل منتظم أو حتى جزئي أو تراكمي يتم تفعـــيل آلـــياتها دوما على حساب المواطن من ضرائب أو مدخرات وطنية، كالثروات الطبيعية مثل المعادن والبترول، أو الأرصدة الذهبية الاحتياطـــية المودعة بالبنك المركزي، كما فعلت الأردن قبل أكثر من عقـــد مـــن الزمان في أو اخر عقد الثمانينات لتغطية العجز الحاصل

ووفـــاء التزامات الدين العام وخدمته مع إعادة جدولة الديون إذا كان ذلـــك فـــي صالح البلاد، كما حصل للدين العام في الأردن لدى نادي باريس قبل عامين أي عام (١٩٩٩م) .

كــل تلــك الدراســات الاقتصادية وتشعباتها وتعدديتها وضعت من أجل الوصـــول بالمجتمعات الى الأهدافها والى الوضع الأمثل في استغلال جميع المـــوارد والطاقـــات الاقتصــــادية وعـــدم الهـــدر والتبديد، كي يكون عمل المجـــتمعات بأقصـــى طاقاتها لتكون واقعة على خط سواء الإنتاج أو على منحـــنى إمكانية الإنتاج لتحقيق أفضل إنتاجية ممكنة مع الأخذ بعين الاعتبار مـــدى معايير المفاضلة والاختيار وحق أولوية اتخاذ القرار الأنسب كل ذلك حتى لا يكون ولا حتى حالة بطالة واحدة .

النظام الاقتصادي:

إذن فالـــنظام الاقتصـــادي هو : - مجموعة من المؤسسات الاجتماعية والمرتـــبطة عضـــويا وتكـــوّن نظما اجتماعية معينة بأنشطة عدة للإنتاج والتوزيع وتهدف الى تحقيق كفاءتها عن طريق الآليات الذاتية للنظم ويتبع ذلـــك النشـــاط الاقتصادي. والنشاط الاقتصادي هونشاط اجتماعي ينتج عن مؤسســـات اجتماعية هدفها تحقيق القواعد والقيم المحددة للتعامل بين الناس لتنظيم الحقوق والواجبات بين أفراد المجتمع، وهناك العديد من المحاذير على الأنظمة الاقتصادية الوارد ذكرها آنفا.

الأنظمة النظرية – وهي ثابتة .

الأنظمة التطبيقية الواقعية :- وهي متغيرة .

الأنظمة المختلطة – وهي مزيج من الأنظمة النظرية والأنظمة التطبيقية .

ولتصنيف هذه الأنظمة نجد أن هناك معايير مقبولة تحدد :-

١-**حقوق الملكية** :- الخاصة والعامة وملكية الدولة (كما يسميها النظام الإسلامي ببيت المال) والمالية حديثا ٠

٢-**الهـيكل التنظيمي العام** :- ويحدد مدى المشاركة في رسم السياسات وأتخـاذ القـرار الاقتصادي سواء على مستوى قمة الهرم (النخبة) أم على مستوى القاعدة (مشاركة واسعة) ٠

٣-**الشـكل الوظيفـي الداخلي** :- يبحث الآليات المستخدمة داخل النظام لمجموعة القرارات التي تعنى بالتوزيع الرأسمالي والضرائب:

٤.**نظـام الحوافـز** :- (الدوافـع) وهو موضوع لضمان أكبر ودقيق ومـرغوب فـيه لحجم العمل وللحد من الهدر و ذلك بإعطاء الحوافز سواء المادية أو المعنوية ٠

أقسام الأنظمة الاقتصادية

تكلفة الفرصة البديلة (Opportunity Cost) :-

وتـتعلق بالحاجة للاختيار لانتاج سلع على حساب سلع بديلة (ضائعة) أخرى على منحنى إمكانية الإنتاج ؛ أي أن تتم التضحية بسلع أخرى لحساب سـلع تكـون الحاجـة إليها أكثر، وهذا يعني كلفة الخيار الاقتصادي (كلفة الفرصـة) بمعنى أننا سنواجه باستمرار تكاليف الفرصة البديلة، و ذلك كلما اخترنا القيام بإنتاج سلعة ما أو عمل أمر آخر بدلا من غيره ٠

أقسام الأنظمة الاقتصادية : -

١ -**أنظمة سوقية:** وتستخدم السوق كآلية للتوزيع، كالنظام الرأسمالي.

٢ -**أنظمـــة مخططة:** وهي ليست بالضرورة أن تمر من خلال السوق، كما في النظام الإسلامي أو النظام الاشتراكي.

آليات الإنتاج :

أ) – منحنى إمكانيات الإنتاج :

هوقابلـــية الإنـــتاج بما هو متاح من موارد ولديها القابلية التقنية المتوفرة للوصـــول الى حدود الإنتاج القصوى، كما أن أية نقطة تقع داخل حدود هذا المنحـــنى لا تعبر عن الطاقة الإنتاجية المثلى بل تعبر عن وجود بطالة في المـــوارد، وعليه فانه يتوجب دفع هذه النقطة لتصل حدود المنحنى وتصبح واقعـــة ومرتكزة عليه كي تستغل هذه الموارد الاستغلال الأمثل مع مراعاة عملية تخصيص الموارد ٠

ب) – منحنى النموالاقتصادي:

و يرســـم عملية التوسع عن الحدود المرسومة أصلا و ذلك للوصول الى إنتاجـــية أعلـــى خـــلال مدة زمنية معينة ضمن خطة تنموية محددة الأجل (قصيرة، متوسطة، طويلة) ٠

عوامل النمو الاقتصادي

١ – اكتشاف موارد اقتصادية جديدة كالبترول مثلا ٠

٢ – أثر التطور التقني (الأتمتة) على زيادة الإنتاجية Atomization & Improvement of Technology وهنا يبرز تساؤلان هما :-

١- مـــا هـــي الإنتاجية ؟ فالإنتاجية هي مقدار ما ينتجه العامل من وحدات العمل في مدة زمنية معينة ؛ هذا بالإضافة إلى توفر عنصر المهارة تفاديا للهـــدر المادي والزمني في إنتاج السلع سواء الأساسية أو الثانوية ومثال ذلك صناعة اللحوم مثلا فعند دخول الأبقار باب مصنع تعليب اللحوم فان المنـــتج النهائـــي سيكون اللحوم، أما المنتج الثانوي فهو مخلفات الأبقار كالعظام والجلود والدم وغيرها .

٢ - كيفـــية الـــتحول من إنتاج السلع الاستهلاكية لإنتاج السلع الرأسمالية (الإنتاجـــية) ؟ لأن الســـلع الاستهلاكية تنتج وتستهلك لمرة واحدة، بينما الســـلع الإنتاجية (الرأسمالية) فتنتج أو تساعد على إنتاج وصناعة سلع أخرى سواء أفقيا أو عموديا ٠

ج) – منحنى الانكماش الاقتصادي : –

هو عملـــية التراجع لمنحنى الإنتاج عن حدوده المرسومة أصلا للوصول إلى الإنتاجية المتوقعة أو المأمولة، وهذا يدل على فشل الخطط التنموية في الوصـــول الى أهدافها ومزيدا من الكساد والبوار الاقتصادي مما يؤثر سلبا على أغلب المعطيات والعوامل الاقتصادية والدخل القومي والناتج الإجمالي المحلّي للبلاد كاملة ٠

البطالة

الـــبطالة :- هي حجم أو معدل العاطلين عن العمل في منطقة أو بلد ما، من إجمالي عدد اليد العاملة فيه.

معدل البطالة = عدد العاطلين عن العمل في بلد ما مقسوم على إجمالي عدد اليد العاملة فيه .

أنواع البطالة:-

ملاحظة : البطالة هي عبارة عن ظاهرة قسرية وليست طوعيه.

١ - البطالة الهيكلية

وهي مشتقة من هيكلية الاقتصاد المتغيرة، وتعني وجود أعداد كبيرة من العمالة العاطلة عن العمل في مجال ما أو مجالات عدة أكثر من غيرها ذلك إما نظرا لطبيعة عمل السوق وشكله أو لعدم حاجة السوق أصلا لهذه العمالة لأنها غير مطلوبة لخدمة أغراضه ٠

٢ -البطالة المؤقتة

هـــي الـــبطالة التي لا يمكن التغلب عليها بسهولة وهي ناجمة عن طبيعة ســـوق العمل وقد تكون لفترة انتقالية أو مؤقتة حتى يلتحق العامل المطلوب بالعمل الجديد أو المناسب له .

٣ -البطالة الدورية

هـــي البطالة الناجمة عن انخفاض معدلات الناتج العام للاقتصاد الوطني وتعتمد على طول الدورة الاقتصادية من ازدهار أو انكماش اقتصادي ٠

٤ -البطالة الموسمية

هـــي نـــوع من أنواع البطالة التي تعتمد على موسم أو مواسم معينة من الســـنة وتزداد بزوال هذا الموسم، كموسم قطف الزيتون أو بدء موسم العام الدراسي الجديد٠

٥ –البطالة المقنعة

وهـــي من أبرز مشكلات العالم الثالث الاقتصادية فيها يلاحظ أن العمالة قد تعمل ولكن بإنتاجية متدنية تتقاضى أجرا لا يتناسب وأدائها أو إنتاجيتها • لأنـــه غالـــبا ما يعمل العامل عملا هو غير مؤهل له أي دون خبرة ، مثال ذلك خريجو الجامعات الذين يعملون بغير تخصصاتهم، (قد يكون ذلك بشكل مؤقت حتى يجد عملا مناسبا) •

التضخم

التضـــخم :- هوعملية تحرك السوق، بمعنى ارتفاع أسعار أغلب السلع والخدمـــات (صعودا مع ثباتها على المستويات الجديدة) ويكون ارتفاع الاســـعار في الغالب ارتفاعا حقيقيا او مقنعا مع بقاء معدلات الدخول ثابتة أو منخفضة في الوقت نفسه ولا تتناسب مع تكاليف المعيشة .

هـــناك نظريـــتان رئيستان تفسران التضخم وهما : (الأولى هي نتيجة التكالـــيف والثانـــية هـــي نتيجة الطلب)، وعليه فان الطلب يكون أكبر من الطاقـــة الإنتاجية أي (القدرة الإنتاجية)، فيزداد بذلك عرض النقود وكمياتها في الأسواق مما يؤثر سلبا على قدرتها الشرائية وقيمتها أيضا •

التكالـــيف الدافعة للتضخم : - حيث يلاحظ عند ارتفاع أسعار مدخلات الإنـــتاج ان ذلك يؤدي إلى الزيادة في أسعار السلع والخدمات، وفي بعض الأحـــيان يكـــون هـــذا الارتفاع على شكل طفرات أوهزات كما في الهزات النفطية (Oil shocks) ويقاس التضخم بمؤشرات أهمها:

مؤشر سعر المستهلك = كلفة السلة السوقية في السنة المقاسة على كلفة السلة السوقية في السنة الأساس . (في الأردن تقدر سلة السلع والخدمات بحوالي ٧٢٩ – ٧٣٩ سلعة، حيث في الولايات المتحدة الأمريكية لا تتعدى أل ٢٥٠ سلعة وخدمة) . كما يستخدم المؤشر السابق في قياس وحساب معدلات التضخم وحساب القيم النقدية إلى قيم حقيقية كما هو في الأردن للعام ٢٠٠٠ م حيث يقدر بحوالي (١١٨ %) كما ورد في التقرير الإحصائي السنوي لدائرة الإحصاءات العامة ؛ يلاحظ عندئذ أن الأجور الحقيقية تنخفض وتتآكل مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض وضعف القدرة الشرائية لدخل المواطن .

إذن القدرة الشرائية = الأجور الحقيقية = الأجور النقدية على مؤشر سعر المستهلك .

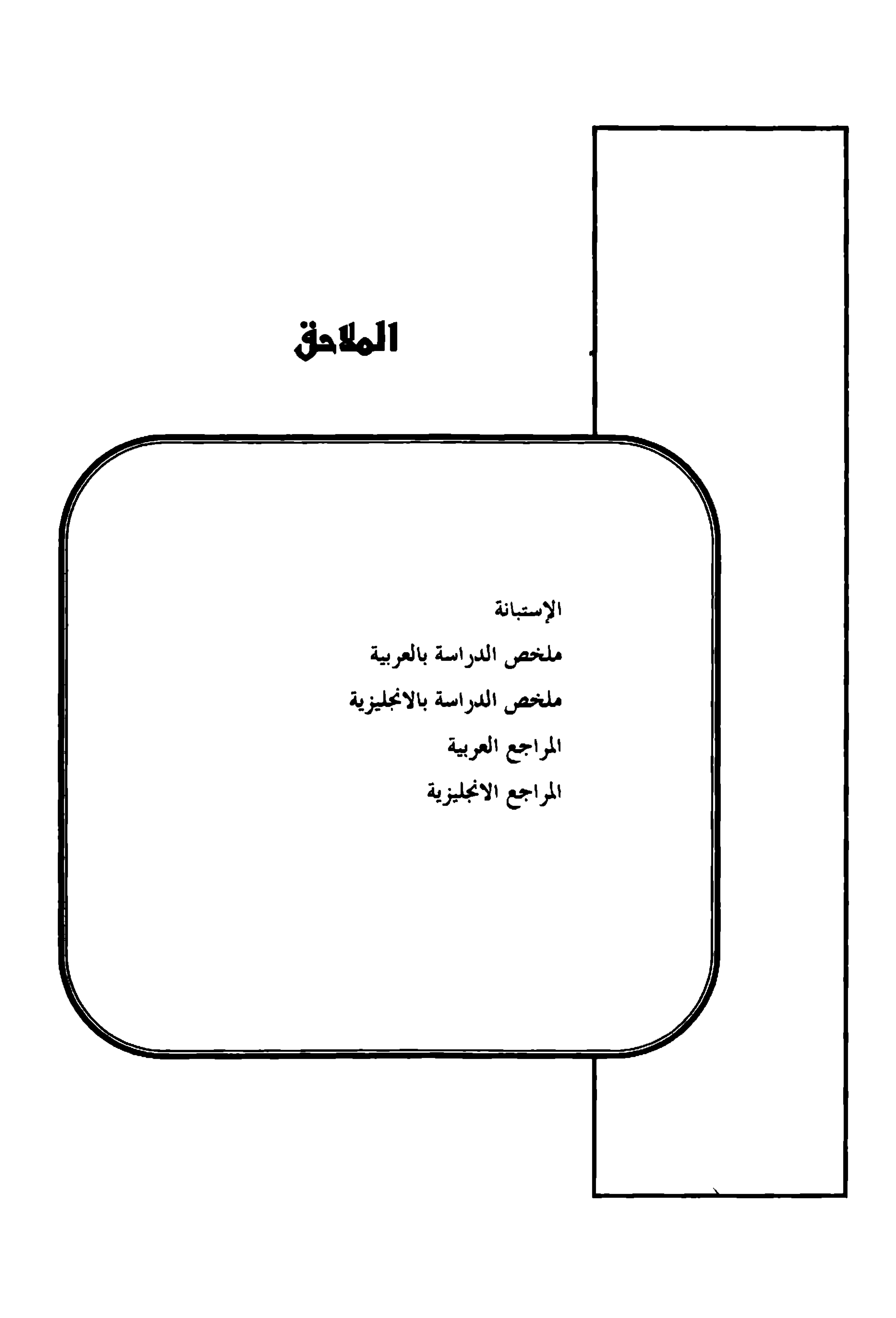
سلبيات التضخم وتتلخص في : -

١ – عملية إعادة توزيع الدخل والثروة (بطريقة غير عادلة) وتأثر أصحاب الدخول الثابتة بها (ذوي الدخل المحدود)، كالمتقاعدين من موظفي الدولة وهم من أكثر المتضررين نتيجة لانخفاض قدرتهم الشرائية على مر الزمن.

٢ – الآثار المدمرة على المدخرين (عملية تآكل الثروة) نتيجة انخفاض سعر الصرف الدينار مقابل الدولار، مكونة ومحددة مقدار الفائدة الاسمية = الفائدة الحقيقية + توقع التضخم على القروض (٤ % مثلا)

٣ – دفع معظم الناس وتحولهم من قطاع الإنتاج إلى قطاع المضاربات المالية بالأسهم والسندات كالبورصات .

٤ – احتمالية انهيار أو تصدع النظام النقدي السائد في بلد ما فيلاحظ دخول عمــلات أقوى لهذا البلد كالدولار أو الجنيه الإسترليني مثلا، كما حدث في لبنان عقب الحرب اللبنانية التي دامت أكثر من عشرين عاما فأنهكت الاقتصــاد الوطنـــي ممـــا سمح للدولار الأمريكي أن يحل محل الليرة اللبنانـــية، أو كما حدث مع دولة العراق مؤخرا بعد حرب الخليج الثانية ومـــا آلــت إلــيه الأحــوال الاقتصادية في المنطقة من آثار الحروب والحصار الاقتصادي المفروض عليه (**Economic sanctions**) .



الملاحق

الإستبانة

ملخص الدراسة بالعربية

ملخص الدراسة بالانجليزية

المراجع العربية

المراجع الانجليزية

الإستبانة

الموضوع : - دراسة ميدانية بعنوان كفاءة وتفعيل اقتصاديات الصحة في الأردن .

اتجاهـــات العامليـــن بالحقل الصحي حول نوعية وأعداد متلقي الخدمات الصـــحية (المرض ونوعية الخدمة الصحية وتحديد مستويات الدخل والإنفـــاق داخـــل القطـــاع الصحي بالأردن بفرعية العام والخاص، وتطبيق نظرية الإحلال الفعال للكلفة والمنفعة والإبدال اقتصاديا) .

مـــرفق طيه نموذج الاستبيان ويهدف لدراسة اتجاهات العاملين في الحقل الصـــحي الأردنـــي حـــول المرضى – أعدادهم، ونوعيتهم، ورضاهم عن الخدمـــات الصـــحية المقدمـــة – بالإضافة إلى لمستويات الإنفاق والعوائد والدخل المتحقق من الخدمات الصحية في كلا القطاعين العام والخاص .

نرجو بيان وجهات نظركم بدقة في الإجابة عن الأسئلة موضوع الدراسة في النموذج المرفق، ويود الباحث التأكيد على أن هذه الدراسة ستقتصر على تحلـــيل البيانات الواردة بموضوعية وبيان النتائج بشكل عام، دون التعرض إلى الآراء الفردية .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام .

القسم الأول

المعلومات الشخصية :-

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

العمر : ☐☐ يكتب بالأرقام

الحالة الاجتماعية: ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐ أعزب ☐ غير ذلك

المســتوى التعليمي : ☐ اقل من ثانوية العامة ☐ الثانوية العامة

الدرجة الجامعية الأولى ☐

الدرجة الجامعية الثانية ☐ دكتوراه ☐

مستوى الدخل

بالدينار : أقل من ١٠٠ د ☐ أقل من ٢٠٠ د ☐ أقل من ٣٠٠د ☐

أقل من ٥٠٠ د ☐ أقل من ١٠٠٠د ☐

أكثر من ١٠٠١د ☐

أعمل في القطاع: ☐ العام ☐ الخاص

مشمول بنظام : الخدمة المدنية ☐

الضمان الاجتماعى ☐ التأمين الصحي ☐

عدد أفراد الأسرة : ☐ ٢ ☐ ٣ ☐ ٤

٥ ☐ أكثر من ٥ أفراد ☐

المهنة : ☐ إداري ☐ فني مهن صحية

القسم الثاني

المعلومات الفنية : -

(ويخص الأطباء والفنيين الصحيين) .

عدد المرضى الجدد / للعيادات : ☐ يوجد ☐ أ قل من عشرة ☐

أقل من عشرين ☐ أقل من ثلاثين ☐ أكثر من ثلاثين ☐

عـــدد المرضـــى المراجعين / للعيادات ☐ لا يوجد ☐ أقل من عشرة

أقل من عشرين ☐ أقل من ثلاثين ☐ أكثر من ثلاثين ☐

عدد الإدخالات / للعيادات :☐ لا يوجد ☐ أقل من عشرة

أقل من عشرين ☐

أكثر من عشرين ☐

عدد الإدخالات / الإسعاف : ☐ أقل من عشرة ☐ أكثر من عشرة

تحويلات المرضى / أسرّة : ☐ أقل من عشرة ☐ أكثر من عشرة

تحويلات المرضى / الفحوصات الطبية

(مختبرات، أشعة، نووي، رعاية سنّية).

أقل من عشرة ☐ أكثر من عشرة ☐

تسجيل الحالات المرضية في سجلات الإسعاف: نعم ☐ لا ☐

توفر العلاجات : ☐ متوفرة دوما ☐ بعضها غير متوفر ☐

غير متوفرة ☐

توفر الفحوص المخبرية و / أوالشعاعية :

☐ متوفرة ☐ أحيانا ☐ غير متوفرة

القسم الثالث

المعلومات الإدارية : -

مستواك الإداري : ثانوية عامة ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير

دكتوراه ☐ أستاذ وباحث جامعي ☐

هل تم إيفادك في دورات علمية / إدارية

(خلال الخمسة أعوام السابقة) ؟ : ☐ نعم ☐ لا

هل تلاحظ تمييزا بين العاملين من قبل الإدارة ؟:

نعم ☐ أحيانا لا ☐

هل تسود العمل روح الفريق؟ ☐ نعم ☐ أحيانا ☐ لا

هل تدرّبت على استعمال الحاسب الآلي ؟ نعم ☐ لا ☐

هل تستعمل الحاسب الآلي في عملك ؟ نعم ☐ لا ☐

هل تعمل ضمن مجال تخصصك : نعم ☐ لا ☐

ما هومستوى الرضا الوظيفي لديك؟

☐ ممتاز ☐ جيد ☐ مقبول ☐ غير راضي ☐

هل يوجد نظام حوافز : نعم ☐ لا

هل أنت مشمول بنظام الحوافز ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل نظام الحوافز مجزي ومرضي ؟ ☐نعم ☐ تقريبا ☐ لا

هل الإدارة العليا متعاونة معك ؟ ☐ نعم تقريبا ☐ لا

هل هناك ترشيد مالي وأداري في مؤسستك ؟

☐ نعم ☐ تقريبا ☐ لا

هل يتم استقدام الخبراء الأجانب لمؤسستك ؟

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

هل تلاحظ وجود بيروقراطية في العمل ؟

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

هل نسق العمل روتيني :

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

ما هومعدل زمن إنجاز معاملة المريض؟

☐ سريع ☐ معتدل ☐ بطيء

ما هوبرأيك معدّل الساعات

الفعلي للعمل اليومي ؟

أقل من ٦ ساعات ☐ ٨ ساعات ☐ أكثر من ذلك ☐

هل يتم تعبئة النماذج والتقارير

بانتظام وأولا بأول ؟

نعم ☐ تقريبا ☐ لا ☐

هل يتم عمل التقارير الإحصائية الدورية ؟

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

هل تنجز معاملات المرضى ؟

والمراجعين بالشكل التقليدي؟ نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

ما المعدّل الزمني الذي يستغرقه الفني أو (الطبيب)

للأعمال الكتابية والإدارية لكل مريض تقريبا ؟

أقل من ربع ساعة ☐ أقل من نصف ساعة ☐ أكثر من ذلك .

هل يتم الإبلاغ عن حالات الإسهالات والتسممات بسرعة ؟

نعم ☐ غالبا ☐ أحيانا ☐

كميات القرطاسية المستعملة هل هي :

كثيرة ☐ متوسطة ☐ مقبولة ☐ قليلة ☐

هل القرارات الإدارية مركزية ؟

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

شاكرا لكم تعاونكم

ملخص الدراسة

أتت هذه الدراسة محققة الإنجاز والهدف المقصود في عصر يزخر بالتقدّم العلمي والتكنولوجي والمعلوماتي الهائل، وفي مطلع الألفية الثالثة في هذا العصر الذي يموج بالتقلّبات السريعة والديناميكية من العلوم والمعارف المدية البحتة والإجتماعية وغيرها .

ففي زمن مثل زماننا هذا والذي يحتاج إلى فهم ودراية متعمّقتين سدا للثغرات الملحّة، ودرءا للأخطار المحدقة بالإنسانية، وتلبية لاهتمامات الدارسين والباحثين المهتمين بالموضوعات الاقتصادية والإدارية الصحية على وجه الخصوص .

إن محاولة الغور في أعماق الوجيز في اقتصاديات الصحة ليعدّ من أبرز مقوّمات ومفاتيح وركائز علوم الاقتصاد والإدارة الصحية لما لها من قدرات توجيهية وتوضيحية وما تزخر به من أمثلةودراسات مقارنة وجداول توضيحية ومشاركات وجهود العديد من الباحثين والدارسين والمدرسيين في هذا المجال .

تستعرض الدراسة من خلال فصولها الثلاثة وابوابها أبرز المفاهيم والتعريفات للعلوم الاقتصادية وانواعها من خلال المقدمة والتقديم .

فيوضح الفصل الأول في ابوابه مفهوم وتعريف علم الإقتصاد واقسامه وموارده، المنهج والأسلوب العلمي المتبع والذي استندت إليه الدراسة كالتحليل الإحصائي واللوغاريتمى والتوزيع الطبيعي والمعياري والأدوات

المساعدة كالاستبيان بأقسامه الثلاثة وتحليله حاسوبيا واستخراج نتائجه والبناء عليها واعتمادها في توضيح فصول وابواب الدراسة، فيغدو اكثر تركيزا وتخصصا فيخوض في ماهية الاقتصاد الصحي وتعريفاته، نظرياته وتحليلها الجزئي (الطلب والعرض وسوق العمل الصحي والإنتاج والتكاليف ويتطرق لاخلاقيات العمل بالمهن الصحية وفي أهمية الصناعة الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي)، وتستعرض الدراسة مبحث العرض للخدمات الصحية ومحدداته حتى وصول الباحث والحاجة لاستحداث وتكوين الفرضية (مشروع نظرية مقترح) فهي تطوير وتعديل واشتقاقات وضم لبعض المعادلات المتفرقة للخروج باشتقاق معادلات مترابطة تبحث في : " تطوير الإحلال الفعّال للكلفة والمنفعة والإبدال " ثم مناقشتها واستعراضها وتوضيح نتائجها المتوخاة والمتوقعة والتوصيات التطبيقية .

والأمثلة مستقاة في معظمها من النظام الصحي الأردني على أرض الواقع وعقد المقارنات مع الأنظمة الصحية لدول عربية واجنبية مع توضيح الامتيازات التنظيمية للعمالة الصحية والتطبيقات الإحصائية والأمثلة العملية والعوامل المؤثرة عليها .

في الفصل الثاني وفي ابوابه ايضا سيجد الدارس توضيحا نظريا أكثر إسهابا للتطبيقات على بعض المفاهيم والمصطلحات والنظريات الإقتصادية الصحية المتعلّقة بالدراسة كالمديونية الحكومية والتضخم والبطالة والركود(الكساد)والسياسات النقدية والمالية والعجوزات في الميزانيات العمومية والمديونية الحكومَية والنظم الاقتصادية وجزئياتها واليات الإنتاج وغيرها من المفاهيم المؤثرة عل الاقتصاد الصحي .

وكذلك يبحث في مجموعة من الملاحق التي تحتوي على الاستبيان كوسيلة مساعدة للدراسة وعلى قائمتين بالمراجع العربية والانجليزية وفهرسا بالجداول التي تتضمّنها الدراسة وملخصات باللغتين العربية والانجليزية والخاتمة .

A Brief Summary

This study is one of the needed fibulae and eminent Health Economic Studies and is one of its series, which deals with sensitive areas of economic health education and health care welfare.

Study serve a dual purpose of interesting not only health and medical personnel, hospital administrators, and legislators charged with determining, measuring amounts and directions of flow of public funds to health economics, planning, tracing health polices, decision-making and health economics literature in region. Therefore, it was with logical choice to under take a review of past work, suggestions further research opportunities and contributions to vital area of public policies. Although, it come over for achieving economic health goals during invasion of technologies and information data sources during this new third millenium with its vast and speed vibrate dynamic science knowledge of this time to avoid humanity dangers. This indulgence trial of the abstract summary is considered as one of the most tackled keys for economic sciences as health economic administration with its guidance's tracing abilities, examples, schedules and comprehensive comparative studies for readers, scholars, and researchers in this aspect.

Part I :

Demonstrates through its three chapters; the main concepts, identification, definitions health economics its micro & macro-economics theoretical views, budgets, balance sheets, and the importance of health industry (preventive & curative) health care specially in Jordan with economic health care case-studies in region. In addition to the organizational privileges for health workers with its statistical applications and discussion of the affected factors with fiscal and monetary policies. Economic theories, normative & positive economics, analytical economic demand and supply, health vital statistic data, and economic systems in Jordan.

Part II :

Deals with health economic theory & management services analysis, applications, insurance rules and regulations. Health demand, supply and logical results. The constructed hypothesis for the equations of " Theory for Substitution change in Utility & Cost Effectiveness". The proposal, derivatives, applications, discussions, and recommendations. This is to emphasize the ambitious attempts to bring into domain of health care economy such problems as: the economic of time, marriage and parentage decisions in terms of utility maximization under feasibility constraints, human capital as

dependent on health education & training. Even crime and punishment for medical malpractice with no-fault in health insurance and the use of civil suits for torts as a mode of resource allocation and flexible adaptation. The market factors, parts and its turn's analysis of diminitioning utility, and health economic, accounting costs with its differences and examples. Illustration of comparative study scientific, applicable, analytic methodology with results.

Part III:

A brief studies for some economic concepts to reflect the impact of the current economic crisis on the distribution of income and to cleanup the environment in an era of energy scarcity. Unemployment, monetary and financial polices deficit in budgets-governmental & private sectors- systems depts. Production mechanisms and chick lists of key concepts will help synthesize attention to self-contains story of the tables, the understanding will deepen. The study methodology, statistical, logarithmic and normal distribution analysis. Then, the conduction & computer analysis, out comes and feed back of the questionnaire in its three parts, and the reference lists Arabic & English, indexes. So, haven't hesitated to segregate some material into appendixes, often this may involve slightly more difficult and additional topics with which briefer researches can easily dispense and skipped some needed bearings discussions, the answer might be as a

pragmatic one based on experimentation: because courses and case-studies differ in their time span and emphasis, it is incumbent upon researchers to give signals as to which sections are organically necessary and dispensable.

Researcher hope to spread comprehensive and valuable scientific informational teachings for humanity care & usefulness specially it is the first Performa in region due to its open, free, and dare discussions . Concerning the aria reality cause for health care economic policies, situational analysis with applicable suggestions for the M.E. region and to let readers, researchers, and criticizers put their hints, notes and critics to gain its usefulness fruits. Just to recognize and weight the great effort and time consumed for its presentation a comprehensive summary for seeing light. Over time it may does mark off profound epochs. May envy goes out to the reader, setting out to explore exiting briefs of health administrative economics as first in handling method. That is a thrill, which also no one can experience twice, only to say bon appetite.

Dr. M.A.Halloush.

(Pub. Health & hosp. Administ. Specialist.)

المراجع العربية

١- التقرير الإحصائي السنوي – دائرة الإحصاءات العامة – فصل البيانات الصحية، المملكة الأردنية الهاشمية / للأعوام (١٩٧٥ / ٢٠٠٠ م) .

٢- التقرير الإحصائي السنوي – وزارة الصحة الأردنية – / للأعـــــوام (١٩٧٥ / ٢٠٠٠ م) .

٣- دراســة في اقتصاديات الصحة الأردنية، مهند حلوش، وعلي الروابدة / الجامعة الأردنية ؛ ١٩٨٨، كلية الدراسات العليا، عمان .

٤- الموازنات الصحية في الأردن، الدكتور محمود الظاهر – رئيس جمعية المستشفيات الخاصة – دراسة محققة، من منشورات الجمعية،عام ١٩٩٥م

٥- الخدمات الصحية في الأردن، مجموعة محاضرات – الجامعة الأردنية / كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية، الدكتور عبد الخرابشة، عام ١٩٨٨ م .

٦- الاقتصــاد الجزئــي / أساسيات ومبادئ ومفاهيم، الدكتور أحمد الحاج فرّاس العوران، عام ١٩٩٩ م، الجامعة الأردنية / عمان – الأردن .

المراجع الأجنبية

References

7- Kenneth, E. Boulding, Principles of Economics Policy. Engle wood Cliffs, N. J., and Prentice Hall 1958.

8 –Robert J. Lampman and S. F. Miyamoto. Effects of Coverage of Home and Office Calls in Physician – Sponsored Health Insurance Plan, Journal of Insurance 28: No. 3 (Sept. 1961), Pp1-16

9-Herbert E. Klarman. The Increased Cost of Hospital Care. Ann Arbor, Michigan. Bureau of Public Health Economics and Department of Economics, The University of Michigan ،1964.

10 –AHA, American Hospital Association. Hospital Guide Issue, 36: No. 15 (August 1, 1988 .)

11–Anonymous. The Income of Health Personnel ' :A Comparison of Published Studies '،Medical Care, 36: No. 4 (AUG. 1992). Pp. 221-37.

12–Gaston V. Rimlinger and Henry B. Steel ' .An Economic Interpretation of the Spatial Distribution of Physicians in USA. Southern Economic Journal, 80: No. 1 (July 1993 .)

13- Herbert E.Klarman, The Economic of Health, Columbia University Press. New York. USA. 1965.

14-Paul A. Samuelson & ،Peter Temin (statistical updating), Economics, Tenth Edition, 1976.

15-Wonnacott & Wonnacott, Ronald J.Wonnacott, & Thomas H. Wonnacott.2ed, Econometrics. 1979.